UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 114

FACULTÉ DE MÉDECINE

16

LES GUÉRISONS TARDIVES

ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES ET DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LE DIVORCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 juillet 1913

PAR

Abel BLANCHARD

Né à Saint-Quentin-la-Poterie (Gard), le 20 août 1883

Ex-externe des hôpitaux

Interne de la Clinique des maladies mentales et nerveuses

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



Examinateurs de la Thèse
- MAIRET, Professeur, *Président*.
- BEAUMEL, Professeur.
- LEENHARDT, Agrégé. } *Assesseurs*
- EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

LES GUÉRISONS TARDIVES ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES ET DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE DIVORCE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 114

16

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES GUÉRISONS TARDIVES

ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES ET DANS LEURS RAPPORTS

AVEC LE DIVORCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 juillet 1913

PAR

Abel BLANCHARD

Né à Saint-Quentin-la-Poterie (Gard), le 20 août 1883
Ex-externe des hôpitaux
Interne de la Clinique des maladies mentales et nerveuses

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	MAIRET, Professeur, *Président.*	
	BEAUMEL, Professeur.	*Assesseurs*
	LEENHARDT, Agrégé.	
	EUZIÈRE, Agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✱)............	DOYEN.
	SARDA................	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales............	MM.	GRASSET (O. ✱).
Clinique chirurgicale..............................		TEDENAT (✱).
Clinique médicale..................................		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✱).
Physique médicale.................................		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........		GRANEL.
Clinique chirurgicale..............................		FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique..........................		TRUC (O. ✱).
Chimie médicale....................................		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie..		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie..		GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie......................		SARDA.
Clinique des maladies des enfants..................		BAUMEL.
Anatomie pathologique..............................		BOSC.
Hygiène...		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale..................................		RAUZIER.
Clinique obstétricale..............................		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale..................		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT, HAMELIN (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.		LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique.....................		DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements..............................		PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.		JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.......................		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. MAIRET, Président.	MM. LEENHARDT, Agrégé.
BEAUMEL, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A. BLANCHARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. BLANCHARD.

AVANT-PROPOS

Sur les conseils de notre Maître, M. le doyen Mairet, nous avons entrepris ce travail. Nous ignorons si nous l'avons mené à bien. Quoi qu'il en soit, il nous est agréable de saisir l'occasion qui nous est offerte d'exprimer à notre Maître, nos sentiments de respectueuse reconnaissance. La sympathie et l'indulgence qu'il n'a cessé de nous témoigner nous ont profondément attaché à sa personne.

Nous n'oublierons pas, d'autre part, que c'est à son enseignement que nous devons le meilleur de nos connaissances.

M. le professeur Baumel, dont nous avons été l'externe nous a toujours manifesté une affectueuse bienveillance. Nous sômmes très touché de la nouvelle preuve d'estime qu'il nous donne en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Que MM. les professeurs agrégés Leenhardt et Euzière qui ont bien voulu nous préparer à l'internat, soient assurés de notre entier dévouement.



LES GUÉRISONS TARDIVES
ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES ET DANS LEURS RAPPORTS
AVEC LE DIVORCE

INTRODUCTION

Que devons-nous entendre par guérison tardive? Nous croyons utile de préciser préalablement ce que nous comprenons par guérison.

Il est indiscutable qu'au point de vue scientifique, la guérison consiste dans une disparition complète de tous les signes positifs de la maladie, disparition qui se traduit cliniquement par le retour intégral de la personnalité psychique antérieure et par la conscience de la maladie (sauf bien entendu dans la folie épileptique ou dans la confusion mentale par exemple, qui s'accompagnent de perte du souvenir).

Mais au point de vue social, ces conditions ne sont point nécessaires. La maladie, aurait-elle laissé des traces de son passage, aurait-elle exagéré les dispositions morbides sur lesquelles elle s'était greffée, il suffit que celui qui en est atteint puisse reprendre *sa place* au sein de la société, sans danger pour elle, pour qu'il y ait guérison.

Il convient donc de distinguer deux sortes de guérisons : la guérison au point de vue scientifique qui est complète, et la guérison au point de vue social pui peut être incomplète, c'est-à-dire comporter la persistance de légères défectuosités psychiques compatibles avec une existence normale.

Ainsi précisée, quand dirons-nous d'une guérison qu'elle est tardive ?

Il est communément admis que les guérisons s'obtiennent pour la plupart, dans le courant de la première année, qu'elles sont rares dans le courant de la deuxième et exceptionnelles après la troisième. C'est sans doute parce qu'elles se sont inspirées de cette donnée scientifique que les législations étrangères et les propositions de loi françaises relatives au divorce pour cause d'aliénation mentale incurable ont fixé à 3 ans la durée de la maladie, avant laquelle le divorce ne peut être accordé.

Adoptant l'opinion générale qui porte à 3 ans la limite de curabilité, nous désignerons donc sous le nom de guérison tardive toute guérison survenue après 3 ans révolus de maladie (1).

Mais si nous nous en étions strictement tenu à cette définition, nous n'aurions pas eu à nous préocuper de la durée pendant laquelle se maintenait la guérison. Or, comme nous voulions étudier les guérisons tardives, non seulement en elles-mêmes, mais aussi dans leurs rapports avec le divorce, nous ne devions tenir compte

(1) Bien que ayons adopté cette limite de 3 ans, on ne trouvera dans notre travail que des guérisons survenues après 4 ans. Dans les guérisons tardives de 3 ans que nous avions recueillies, l'amélioration s'était dessinée avant la troisième année. A cause du problème du divorce nous n'avons pas voulu en faire état.

que des guérisons se maintenant depuis un certain nombre d'années. Il nous a donc fallu éliminer toutes les guérisons sur la durée desquelles nous n'avions aucun renseignement et toutes les intermissions d'une courte durée.

Malgré ces éliminations, nous avons relevé parmi les documents de la clinique des maladies mentales et dans un intervalle de 39 ans à peine, le nombre de 21 guérisons tardives. Il est juste de dire que nous devons ce résultat à la richesse en matériaux de notre clinique. C'est grâce, d'ailleurs, au soin avec lequel avaient été établis les dossiers de ces malades guéris tardivement qu'il nous a été permis de retracer l'histoire complète de la plupart d'entr'eux. Nous aurions pu même en nous aidant des rapports quotidiens, décrire au jour le jour, la marche de la maladie de chacun d'eux ; il nous a paru suffisant de donner cette description dans ses grandes lignes seulement. Nous avons préféré donner dans leur entier les certificats de sortie, établis par M. le professeur Cavalier, et par M. le professeur Mairet, et qui résument l'histoire de la maladie.

Une fois recueillies, ces observations nous ont servi de base pour étudier les guérisons tardives en elles-mêmes. Dans cet étude nous avons eu pour but :

1° D'établir la fréquence des guérisons tardives.

2° De rechercher les aliénations mentales dans lesquelles se rencontrent les guérisons tardives, en étudiant cliniquement ces aliénations dans :

a) leurs causes prédisposantes.

b) leurs causes occasionnelles.

c) leur évolution, en essayant de mettre plus particulièrement en relief, **les causes qui ont réalisé les guérisons tardives.**

3° **De déterminer la valeur diagnostique et pronostique des guérisons tardives.**

Nous avons terminé cette étude en l'envisageant dans son ensemble pour en dégager, si possible, les caractères qui pourraient être particuliers à ces guérisons tardives et qui permettraient alors de les prévoir.

Les guérisons tardives étaient donc intéressantes à étudier en elles-mêmes, mais tout l'intérêt qu'elles présentent n'était pas limité exclusivement à leur étude intrinsèque. Les problèmes qu'elles posent sont étroitement liés à celui du divorce pour cause d'aliénation mentale incurable. Elles prennent même de ce chef, une importance plus considérable.

Nous devions donc les étudier dans leurs rapports avec le divorce. Nous l'avons fait tout d'abord sans tenir compte de nos tendances personnelles. Nous nous sommes placé devant les textes de lois proposés ou en vigueur et nous nous sommes demandé si les conditions exigées par ces textes étaient, médicalement parlant, réalisables ou non.

Nous avons abordé ensuite la discussion délicate du principe même du divorce pour cause d'aliénation mentale. Nous ne nous dissimulons pas que dans la discussion d'un tel problème, les arguments que l'on apporte n'ont que la valeur que l'on veut bien leur prêter. Nous avons soutenu la thèse que nous avons cru bonne. Nous la donnons pour ce qu'elle vaut.

Leurs rapports avec le divorce ont valu d'autre part aux guérisons tardives une histoire mouvementée dont nous allons essayer de retracer la physionomie aussi fidèlement que possible.

HISTORIQUE

La notion des guérisons tardives est déjà vieille. Dans son *Traité des maladies mentales*, Esquirol écrivait : « Il est des exemples qui prouvent qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison des aliénés. Pinel, d'après Baumes, cite l'exemple bien mémorable d'une dame qui a passé 25 ans dans un état de manie au su et connu de toute une province, et qui tout à coup a recouvré la raison. J'ai vu une jeune fille qui, depuis 10 ans, était en démence avec suppression de règles. Un jour, en se levant, elle court embrasser sa mère : « Ah ! maman, je suis guérie ! » Ses menstrues venaient de couler spontanément, la raison s'était rétablie aussitôt. Au reste, ces faits sont rares. Ils prouvent que lorsqu'il n'y a pas de signes d'incurabilité, ou lorsqu'il existe quelque désordre physique, on peut espérer qu'enfin la folie cessera. Je l'ai vue terminer deux fois, au temps critique, chez deux femmes qui étaient aliénées, et même en démence maniaque, depuis leur première jeunesse. Il y avait à la Salpêtrière, pendant que j'étais médecin de cet hospice, une femme qui, dès la première menstruation était de-

venue folle, et qui guérit à 42 ans, lors de la disparition des menstrues. »

Morel, bien que moins affirmatif qu'Esquirol, reconnaissait l'existence des guérisons tardives. Dans son *Traité des maladies mentales*, il s'exprimait en ces termes :

« Il existe des maladies dont la guérison ne s'inaugure que dans la deuxième et même dans la troisième année. Passé ce temps, les aliénés, sauf de bien rares exceptions, sont inévitablement voués à la démence. »

Griesinger, dans son *Traité des maladie mentales,* disait : « Dans la folie, la durée de la maladie a une importance plus grande au point de vue du pronostic que dans aucune autre affection... Aussi, quand au bout d'une année, la maladie n'a pas fait de progrès appréciables vers la guérison, les chances de guérison complète sont déjà faibles, bien qu'il ne manque pas dans la science des faits où la maladie, quoique datant déjà de 6, 10 et même 20 ans, a encore guéri : chez la femme, l'âge critique exerce assez souvent une influence favorable sur la maladie. »

On lit dans les *Leçons orales* de Guislain, *sur les phrénopathies :* « On voit des aliénés se rétablir après 10 ans, après 20 ans de séjour dans les établissements.

..... La durée de la maladie est, certes, d'un poids considérable dans l'appréciation de la curabilité ou de l'incurabilité de l'aliénation mentale. Mais pour en déterminer la portée, il faut la mettre en regard des formes pathologiques et de l'âge du sujet.

Aussi, prenons un aliéné à la sixième année de sa maladie, mais supposons-le maniaque, mélancolique. Je ne désespérerai pas de cet homme aussi longtemps qu'une oblitération progressive de son intelligence, en

un mot qu'un état de démence ne soit venu se joindre aux caractères morbides qui offrent le plus de chance en faveur du rétablissement de la santé morale et physique du malade. »

*
* *

Mais les guérisons tardives qui n'avaient été jusque-là qu'un objet de curiosité scientifique, pour ainsi dire, étaient appelées à donner lieu à des discussions restées mémorables dans les annales médicales.

Quand en 1882, Guillot, député de l'Isère, introduisit dans la proposition Naquet, son amendement tendant à faire figurer l'aliénation mentale parmi les causes du divorce, la Commission de la Chambres des députés chargée de la préparation de la loi, jugea nécessaire, avant de prendre une décision, de consulter quelques aliénistes. Blanche, Charcot et Magnan furent mandés au Palais Bourbon pour donner leur avis. Après cette consultation la Commission repoussa l'amendement Guillot.

Le monde médical qui s'était vivement intéressé à la question demanda qu'elle fut largement discutée. De la Chambre des députés elle fut portée à l'Académie de Médecine. Devant cette assemblée, Blanche soutint que s'il existait des maladies mentales dans lesquelles le médecin pouvait affirmer l'incurabililé, il en était d'autres telles que la manie, la lypémanie, même chroniques, la folie circulaire et la paralysie générale qui pouvaient guérir ou offrir des rémissions de très longue durée.

Il cita l'exemple d'une lypémaniaque qui après être restée quinze ans dans un asile, en sortit guérie. Il

mentionna le cas d'un malade atteint de folie circulaire, qui après deux ans d'agitation ou de dépression revint à l'état normal.

S'appuyant sur ces cas de guérison tardive, il repoussa la proposition Guillot.

Avec le divorce, qui contrairement à l'interdiction est irrévocable, « *ce n'est pas le bonheur, dit-il, qui attend ces malades guéris, c'est le désespoir.* »

Dans les projets de mariage, ajouta-t-il on se laisse dominer par les questions d'intérêts. Si l'idiotie, l'imbécillité, la débilité intellectuelle, l'hérédité, sont encore très fréquemment des obstacles au mariage, la possibilité du divorce vaincra toute hésitation chez l'individu qui se marie dans un but lucratif. Le divorce deviendra ainsi « *un encouragement aux spéculations immorales.* »

Enfin tout en reconnaissant que bien souvent l'aliéné est privé des soins de son conjoint, tout en excusant lui-même cette défaillance du devoir, il répudia énergiquement toute loi qui pourrait encourager « *cette faiblesse humaine.* »

Cette thèse fut diamétralement combattue par Luys avec une éloquence et une ardeur égales à celles de Blanche.

Luys commença par rejeter comme incomplète l'observation sur laquelle Blanche avait étayé son argumentation. Il reprocha à cette observation d'être dépourvue de détails cliniques nets et précis et la qualifia « d'anecdotique ».

Il déclara ensuite qu'il ne croyait pas aux guérisons tardives « parce qu'il était convaincu qu'après une durée moyenne de quatre ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes, toutes les maladies mentales aboutissent à la démence qui, une fois installée, a une évolu-

tion progressive et fatale ». Il soutint « qu'aux lésions dynamiques succèdent les lésions organiques qui loin de rétrocéder se propagent de proche en proche jusqu'à ce qu'elles aient atteint cette atrophie du cerveau si caractéristique que l'on rencontre chez les vieux déments. »

Au tableau que Blanche avait fait de l'aliéné il opposa un contre tableau. « *L'aliéné est un véritable mort vivant.* » C'est un être déchu, « *diminué de la plus noble partie de lui-même* » comparable à aucun point de vue au malade chronique ordinaire qui conserve entière « son individualité sensitive et vivante. »

Il considéra finalement, qu'il était de son devoir de défendre contre l'aliéné « mort vivant » le conjoint demeuré sain, en proclamant le droit de celui-ci au divorce.

Ces débats passionnés eurent leur répercussion au sein de la société médico-psychologique.

A la séance du 24 avril de la même année Dally, président de cette société demanda, d'inscrire la question à l'ordre du jour. Il reprocha à Blanche de s'être laissé guider par les sentiments et soutint que le divorce était un excellent moyen pour combattre l'hérédité morbide et « mettre une digue à la dégénérescence progressive de notre race. »

Delassiauve déclara à son tour qu'il n'y avait dans les discours prononcés à l'Académie de médecine que « théories vaporeuses » et « phraséologie ». D'après lui, la notion d'incurabilité aurait dû rester secondaire et seuls les faits auraient dû être envisagés. Il cita l'exemple d'un marié épileptique qui le jour même du mariage tua son beau-père. Il signala le cas d'un autre marié également épileptique qui en pleine cérémonie du mariage fut frappé d'une attaque d'épilepsie. Il raconta l'histoire

d'un maniaque qui quelque temps après sa sortie de l'asile, égorgea sa femme dans un accès de jalousie. Se plaçant devant la réalité poignante de ces faits, il demanda si l'on pouvait obliger une personne à vivre avec un meurtrier ou un futur meurtrier.

Voisin au contraire, ne s'avoua pas un partisan absolu du divorce pour cause d'aliénation mentale. Il distingua deux catégories de cas : 1° une catégorie dans laquelle l'aliénation est préexistante au mariage ; 2° une catégorie dans laquelle l'aliénation a fait son apparition pendant le mariage.

Quand il y a *préexistence de l'aliénation au mariage* ou bien, dit-il, cette aliénation était connue du conjoint ou bien, elle était ignorée. Si elle était connue, le divorce doit être refusé ; si elle était ignorée, le divorce doit être accordé.

Quand il y a *apparition de l'aliénation pendant le mariage :*

Ou bien cette aliénation est une conséquence de la vie conjugale (chagrins, surmenage, brutalité du conjoint ;

Ou bien cette aliénation a une cause inconnue;

Ou bien la folie est due à la mauvaise conduite de l'aliéné.

Si l'aliénation est une conséquence de la vie conjugale ou a une cause inconnue, le divorce doit être refusé. Si l'aliénation est due à la mauvaise conduite de l'aliéné, le divorce doit être accordé.

En même temps, s'élevait à la société médico-psychologique d'Angleterre, une discussion semblable. Mais contrairement aux Français les aliénistes anglais arrivèrent à se mettre d'accord. Leur avis presque unanime fut que le divorce ne devrait être accordé ,que pour une

aliénation mentale antérieure à un mariage non consommé.

Les débats de l'Académie de médecine et de la Société médico-psychologique une fois clos, la *Presse médicale* s'empara de la question. Pendant les deux années qui suivirent, de longs articles furent consacrés à ce sujet.

Dans la *Gazette hebdomadaire* Dechambre approuva pleinement les vues de Blanche.

Dans l'*Encéphale*, Rousseau, médecin-directeur de l'Asile d'Auxerre, fit paraître au sujet des guérisons tardives un travail basé uniquement sur des documents statistiques des Asiles publics de l'Yonne et du Jura.

Le nombre des guérisons relevées par lui, dans un intervalle de 63 ans pour l'Asile d'Auxerre et de 46 ans pour l'Asile de Dôle, s'éleva pour 6.223 admissions, à un total de 1433 malades. Le plus grand nombre des guérisons avait été obtenu dans le courant des deux premières années qui avaient suivi le placement ; il s'était élevé à 874 pour la première année et à 376 pour la deuxième.

Au-dessus de 2 ans le chiffre des guérisons s'était trouvé réduit d'une manière considérable. De 2 à 3 ans le chiffre était tombé de 373 à 83.

De 3 à 4 ans de séjour le nombre des guérisons avait diminué encore ; il était tombé à 34.

De 4 à 5 ans il s'était abaissé encore et était tombé à 23.

Après 5 ans on comptait encore 15 guérisons
Après 6 ans on en notait 6 —
Après 7 ans — 7 —

Mais après 8 ans le chiffre devenait minime. On n'en comptait plus que 3.

Après 9 ans on en notait		1
Après 10 ans	—	1
Après 11 ans	—	1
Après 13 ans	—	1
Après 16 ans	—	1
Après 18 ans	—	2
Après 24 ans	—	1

Se basant sur cette statistique, Rousseau fixa, au point de vue des guérisons, trois périodes :

Une première période comprenant les 2 premières années et fournissant le plus grand nombre de guérisons, le 87 pour 100 ;

Une deuxième période comprise entre 2 et 3 ans dont le contingent ne représente que le septième de la précédente ;

Une troisième période commençant après 3 ans et pendant laquelle les aliénés dont la virtualité avait résisté jusqu'alors tombent dans la démence.

Cependant Rousseau ne porta pas cette règle comme absolue. Il émit l'avis qu'il peut se produire après 7 ans, des guérisons, et c'est à celles-là qu'il réserva le nom de « guérisons tardives ».

Il constata que dans sa statistique elles s'étaient élevées au chiffre de 14, et s'étaient succédées à des intervalles variant entre 8 et 28 ans. Mais comme cette proportion lui paraissait exagérée, il examina avec soin le dossier des malades en question pour savoir s'ils n'avaient pas été portés à tort comme guéris tardivement.

Après ce contrôle qu'il ne put opérer que pour les aliénés de l'Yonne, le nombre des malades guéris après

un séjour de plus de 7 ans, se réduisit de 9 à 2. Sur les guérisons tardives de l'asile de Dôle, une seule pût être controlée sérieusement.

Les autres prétendues guérisons tardives n'étaient que des cas de démence tranquille. Au contact de la démence, le délire avait disparu. Il ne s'agissait que de pseudo-guérisons.

Rousseau, termina son travail en mettant les médecins en garde contre ces malades qui au plus léger contact de la démence, cessent complètement de délirer, et qui méconnus, viennent grossir indûment le chiffre des guérisons tardives.

Pour répondre à l'appel de Luys qui avait demandé des observations vraiment authentiques et scientifiquement rédigées de guérison tardive, Giraud, publia dans les *Annales médico-psychologiques*, neuf observations de manie ou lypémanie, dans lesquelles la guérison a été obtenue au bout d'un temps variant entre seize et cinq années.

Sizaret, rapporta également dans les *Annales* un cas de guérison après 8 ans de maladie d'une lypémanie observée et suivie mensuellement à l'asile de Mareville.

Luys qui ne désarmait pas, critiqua sévérement, dans l'*Encéphale* ces diverses observations. Il reprocha encore à celles-ci d'offrir des lacunes considérables et attribua le calme apparent présenté par ces malades à l'anéantissement de leurs facultés intellectuelles.

Dans les *Archives de Neurologie*, Marandon de Montyel, publia 4 observations de guérison de manie ou lypémanie après 9, 12 et 7 ans de séjour à l'asile et se maintenant depuis 20, 4, 3 et 2 ans.

Les reflexions que suggérèrent à Marandon de Mon-

tyel ces cas de guérison tardive l'entraînèrent à se poser le problème suivant :

Existe-t-il un critérium de l'incurabilité de la folie ?

Pour répondre à la question, Marandon de Montyel étudia les signes cliniques rencontrés le plus fréquemment dans les formes fatales, tels que la prédisposition, la démence et la longue durée de la maladie. Il ne trouva dans aucun de ces signes, l'élément de certitude absolue qu'il cherchait.

La prédisposition, loin de fortifier toujours les maladies mentales qu'elle crée se montrait parfois « bienveillante, oubliant sa victime après l'avoir une fois frappée ou ne se souvenant d'elle que longtemps plus tard pour l'oublier encore ». L'état actuel de la science ne permettait pas de distinguer ces 2 prédispositions, l'une de l'autre.

La démence n'était pas toujours globale et progressive, elle était souvent partielle et stationnaire. En outre la simple obtusion intellectuelle prenait fréquemment le masque de la démence. L'identité de leurs symptômes psychiques rendait impossible le diagnostic différentiel.

La notion de la longue durée de la maladie perdait toute sa valeur devant la réalité indiscutable des guérisons tardives.

Et Marandon de Montyel de conclure de cette étude qu'il serait imprudent, tant que la question d'incurabilité resterait incertaine, d'exposer des malades à se trouver un jour *« des étrangers dans leurs propres familles. »*

Enfin, en juillet 1884, la loi Naquet fut votée par les Chambres. A aucun moment de la discussion, il ne fut fut question d'aliénation mentale. Guillot avait retiré son amendement. L'opinion de Blanche avait prévalu.

*
* *

Le rejet de l'amendement Guillot au nom des guérisons tardives avait eu pour résultat d'imposer leur réalité. De toutes parts, on se mit à signaler des cas de malades ayant guéri après 5, 10, 20 ans et plus de maladie ; on essaya d'établir scientifiquement les raisons qui plaident en faveur de la possibilité des guérisons tardives des psychoses chroniques et même de la démence.

Il faudrait une place considérable pour mentionner tous les cas publiés. C'est par centaines, en effet, que se chiffrent les observations de guérisons tardives parues depuis 1885.

Nous nous contenterons de mentionner les observations qui nous ont paru les plus intéressantes, soit à cause du mode de guérison qu'elles signalent, soit à cause des commentaires dont les ont fait suivre leurs auteurs. Nous donnerons également l'analyse de quelques travaux originaux parus pendant cette période.

Dans un mémoire qui fut lu à la Société médico-psychologique au mois de mai 1886, Kowaleski, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Karkoff, soumit quelques considérations purement scientifiques sur la curabilité de la démence.

Pour cet auteur, la démence secondaire survient dans un cas de lypémanie par suite de l'afflux insuffisant de matières nutritives au cerveau ; dans un cas de manie par suite d'un excès de l'afflux ou plutôt par suite de l'exsudation et de la pression que provoque cet afflux.

L'action nocive n'agit pas toutefois intégralement et uniformément sur toute la surface corticale. Il y a des régions respectées ou moins malmenées que les autres. Le cerveau vient-il a être replacé dans des conditions de

nutrition régulière, si la guérison est impossible pour les zones entièrement détruites, elle est possible pour les parties du cerveau qui restées à l'abri du processus morbide n'étaient « qu'à l'état de torpeur ».

Il suffit même que les éléments de réserve soient respectés pour que la guérison de la démence devienne possible. La lenteur, l'inertie et l'abattement qui s'observent chez les déments guéris, s'expliqueraient par cet emploi de nouvelles voies d'association compliquées et mal adaptées.

Pour rendre régulière la nutrition de l'organisme et par suite favoriser la guérison de la démence, Kowaleski préconisa le travail manuel au grand air, fatigant et grossier comme le moyen thérapeutique le plus efficace et le plus puissant : « Le travail produit la fatigue, la fatigue entraîne le sommeil, et le sommeil profond réuni au travail stimule l'appétit et provoque une bonne assimilation de la nourriture. »

Kowaleski déclara qu'il avait obtenu grâce à ce traitement physique plusieurs cas de guérison de la démence.

Willet (1884) raconta l'histoire d'un homme qui interné en 1856 pour démence présenta de 1857 à 1882 des accès de manie qui disparurent à la suite d'une opération chirurgicale (*Castration unilatérale*).

L'intelligence de cet homme resta toutefois légèrement affaiblie.

Wise (1886) publia 14 cas dans lesquels la guérison tout à fait inattendue est survenue après 2, 3, 4, 10 années et plus, sans qu'on pût pour la plupart des cas, trouver la raison évidente de l'amélioration.

Cependant dans 3 cas, la guérison parut devoir être attribuée au développement d'une fièvre typhoïde, dans un cas à la suppression temporaire des menstrues, dans

un autre cas aux conséquences d'une tentative de suicide.

L'auteur de ces observations conclut de ces faits qu'il faut toujours continuer le traitement normal des malades alors même qu'on les considère comme incurables.

Owile Lay Wilsey (1886) cita le cas d'un malade qui, à une seconde attaque de folie, resta plus de 4 ans sans parler et dans la même position, qui recouvrant ensuite l'usage de la parole put raconter que son intelligence avait toujours été active et obsédée par toutes sortes d'idées délirantes et de perversions sensorielles.

Baillarger (1887) s'éleva contre les observations qui signalaient des guérisons tardives de paralysie générale. Il démontra que « *les prétendues guérisons de paralysie générale ne sont en réalité que des guérisons d'accès d'une espèce de folie indépendante de la périencéphalite chronique* ».

Lloyd Francis (1887), rapporta la guérison après cinq ans de maladie de 2 malades qui avaient présenté des alternatives de mélancolie et de manie.

Chez un de ses malades le choc déterminé par une lésion physique parut avoir été le point de départ du rétablissement mental.

Au Congrès des médecins aliénistes des Etats-Unis (1888) Talcot, dans un mémoire sur les « guérisons *traumatiques* » mentionna le cas d'un homme qui aurait présenté pendant six ans des accès de manie revenant périodiquement et qui à la suite d'un traumatisme cranien n'en présenta plus aucun.

Campbell (1888) à propos de trois cas de guérison tardive qu'il rapporta dans *The american journal of insanity,* fit remarquer que les petits asiles donnaient

au point de vue du traitement, de meilleurs résultats que les grands, les malades y bénéficiant, d'une plus grande attention de la part des médecins. Il ajouta encore que le séjour indéfini des chroniques dans le milieu de l'asile est nuisible à l'amélioration de leur état. Ayant remarqué en effet que le simple transfert de ces malades d'un établissement dans un autre entraînait quelquefois leur amélioration, il conseilla le changement de maison de santé pour les malades qui tardaient à guérir. La notion des guérisons tardives encourageant et réconfortant le médecin, il engagea ses confrères à publier tous les cas dont ils pourraient être témoins.

Straham (1888) signala à son tour 4 cas de guérison tardive. Dans trois cas la guérison s'était produite à la suite du transfert d'un asile dans un autre. Dans le quatrième la ménopause avait été l'agent de guérison.

Chatelain (1896) publia les observations de 2 malades qui rendus à leur famille après un séjour de 8 années à l'asile, sans que leur état mental se fut beaucoup modifié, furent revus par lui, quelques années plus tard complètement guéris.

A propos de ces 2 observations, Chatelain faisant sienne cette exclamation du personnage de Gœthe : *J'ai tout appris et ne sais rien encore*, invita le médecin aliéniste à se garder d'oublier dans les asiles les malades même les plus incurables en apparence. Il préconisa en outre la sortie d'essai pour ces chroniques ou ces incurables tranquilles en faisant remarquer que beaucoup se trouvent fort bien du retour à la famille et échappent par ce moyen à la pente fatale de la démence sur laquelle ils étaient en train de glisser.

Dagonet (1894), écrivait dans son *Traité des maladies*

mentales qu'après 2 ans les guérisons devenaient tout à fait exceptionnelles.

De son côté Krafft-Ebling (1897) dans son *Traité de psychiâtrie* écrivait : « On peut incontestablement adopter comme maxime que, plus la durée de la maladie est longue, plus le pronostic est défavorable. La possibilité de la guérison est à peu près en raison inverse de la durée de la maladie.

» D'ailleurs on ne peut pas fixer un délai absolu pour la possibilité de la guérison. Il y a même des cas rares où, après une durée de plusieurs années, la guérison s'est produite à la suite de maladies accidentelles somatiques et ayant une action intense (typhus, choléra, fièvre intermittente) et même à la suite d'un coup à la tête. A la ménopause aussi, des psychoses sexuelles, ayant duré des années, peuvent disparaître. »

Ventra (1890), Kreuser (1900), publièrent un très grand nombre de guérisons tardives sur lesquelles nous aurons à revenir au cours de ce travail.

Azémar (1901) cita le cas d'un maniaque chronique qui après 4 ans de maladie guérit à la suite d'un phlegmon diffus de l'avant-bras.

Enfin Legrain (1909), à propos de deux observations de guérison tardive qu'il présenta à la Société clinique de médecine mentale, insista sur l'importance médico-légale de ces guérisons tardives. Il cita l'exemple d'une malade de 60 ans, considérée comme démente et interdite, qui guérit 10 ans après et ne retrouva plus sa fortune dilapidée dans l'intervalle par son tuteur.

Pétrën (1907), publia une monographie sur les guérisons tardives qui est le travail le plus complet qui ait été fait sur la question. Cet auteur a réuni tous les cas de malades guéris après plus de quatre ans de maladie qu'il

a trouvés dans la littérature médicale de tous les pays. Il n'en a retenu que 33 comme à peu près indiscutables et voici les conclusions auxquelles son étude a abouti ;

1° *Le plus grand nombre de guérisons tardives complétes appartiennent à la folie maniaque dépressive.*

a) Ces cas appartiennent en général à un âge relativement avancé.

b) L'hérédité, si habituelle dans la folie maniaque dépressive, est moins souvent rencontrée dans ces cas, tandis que presque toujours on y trouve des causes exogènes précises.

c) Parmi toutes les formes différentes appartenant à la folie maniaque dépressive, non seulement les états maniaques et dépressifs mais aussi les états paranoïaques, *méritent une attention particulière sous peine d'erreur de pronostic* (Je ne veux pas dire par là qu'il y a toujours guérison dans cette forme, mais qu'il faut se rappeler que l'issue peut être favorable. Ce fait se produit souvent. Il faut par conséquent envisager autrement le pronostic s'il s'agit d'une forme semblable à la paranoïa ou s'il s'agit d'une véritable paranoïa).

d) Dans certains des cas, où il y a par exemple une forte nostalgie, un traitement plus libre notamment la sortie du malade, peut être d'une grande importance pour l'évolution ultérieure de la convalescence.

2° *Dans la catatonie il arrive aussi des cas de guérison tardive complète. Ils sont même les plus nombreux après ceux de la folie maniaque dépressive.*

a) Ces cas appartiennent de même à un âge avancé.

b) L'hérédité est rencontrée moins souvent dans ces cas de guérison, tandis qu'on trouve des causes exogènes précises dans presque tous ces cas.

c) Parmi ces cas il n'y a pas seulement des cas aigus mais aussi des cas à développement très lent.

d) En ce qui concerne le tableau clinique on voit dans ces cas aussi bien des états de stupeur (de caractères divers) que des états d'agitation.

e) Dans aucun de ces cas il n'y a eu d'accès antérieurs.

3° *Dans le délire systématisé de Magnan il peut y avoir des guérisons tardives.*

*
* *

Le grand nombre de ces publications montre que depuis les mémorables discussions de 1882, les aliénistes n'ont pas cessé de porter un vif intérêt aux guérisons tardives. Le dépôt par MM. Colin et Viollettes, députés, de deux projets de loi tendant de nouveau l'un et l'autre à faire admettre l'aliénation mentale au nombre des causes de divorce, vient de redonner aux guérisons tardives l'importance considérable qu'elles avaient déjà prise en 1888, lors du dépôt du projet Guillot.

Quelques jours après le dépôt de ces deux projets de loi qui posent à nouveau le problème de l'aliénation et du divorce, Juquelier et Filassier ont soulevé la question au sein de la Société médico-psychologique dans une communication sur « *la jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation.* »

Dans ce travail les auteurs ont rapporté quelques décisions de justice tendant à prouver qu'en France, en vertu d'une jurisprudence des tribunaux, pour ainsi dire constante, les demandes en divorce sont repoussées chaque fois que l'aliénation mentale d'un des conjoints est invoquée. Ils ont montré qu'une seule dérogation à

cette règle a été admise par un arrêt de la Cour de Montpellier du 1er février 1866, confirmant la séparation de corps accordée à la femme d'un mari atteint d'épilepsie. Ils ont insisté finalement sur un arrêt de la Cour de Bordeaux qui semble, à leur avis, inaugurer une jurisprudence nouvelle et heureuse. Dans cet arrêt, la Cour de Bordeaux s'efforce de démontrer, d'après un rapport médico-légal de Régis, que le défendeur appartenant à la classe des « *délirants raisonnants, des déséquilibrés vivant dans la zone frontière de la folie, il a conservé une certaine liberté morale dont il aurait pu se servir pour résister à ses tendances* » et confirme le divorce.

A la suite de cette communication la question « *divorce et aliénation* » a été inscrite à l'ordre du jour des discussions de la Société médico-psychologique. Mais avant d'aborder le fond du problème plusieurs membres, de cette société estimant qu'il ne fallait pas à l'instar de Blanche et de Luys, se laisser dominer par « *une question de sentiment* » et par des « *théories vaporeuses* » ont décidé de réunir le plus grand nombre de faits juridiques ou médicaux pour éclairer la discussion.

Et, en effet, c'est sur des réalités étudiées médicalement ou tranchées judiciairement que se sont continuées les discussions dans les séances suivantes.

Juquelier et Filassier rapportant les résultats de nouvelles recherches, ont montré qu'en Suède depuis 1810, en Suisse depuis 1876, l'aliénation mentale durant au moins depuis 3 ans et déclarée incurable, est une cause de divorce, qu'aux Etats-Unis, bien que la loi n'ait rien indiqué et rien exclu, la folie figure parmi les causes de divorce, qu'en Bulgarie la loi admet le divorce quand l'un des époux est atteint de démence, d'idiotie ou d'épi-

lepsie et que tous les moyens de guérison ont été vainement employés, que dans la République de l'Equateur la folie est une cause de nullité de mariage, que dans la Principauté de Monaco, la loi accorde le divorce pour une aliénation mentale incurable qui a duré au moins 3 ans et pour les crises d'épilepsie et de délire alcoolique qui se répètent trop fréquemment; qu'au Portugal, l'aliénation mentale incurable, lorsque 3 ans au moins se sont écoulés depuis sa constatation judiciaire, est une cause légitime de divorce.

Trenel a présenté un rapport sur la législation allemande relative à la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

La première partie de ce rapport est consacrée à l'analyse de l'article 1569 du nouveau code civil allemand ainsi conçu :

« *Un époux peut demander le divorce lorsqu'un autre époux est atteint d'aliénation mentale, que la maladie a, pendant le mariage, duré au moins 3 ans et atteint un tel degré que la communaté mentale entre les époux a disparu et aussi qu'est exclue toute perspective de rétablissement de cette communauté.* »

Trenel, fait remarquer que cet article envisage les faits dans le passé, le présent et l'avenir.

Dans le passé, la maladie doit avoir duré 3 ans ; dans le présent, elle doit avoir fait disparaître la communauté mentale ; dans l'avenir, toute perspective de rétablissement de la communauté doit être exclue.

Après avoir constaté que la fixation légale de la durée de la maladie à trois ans, correspond bien à la réalité des faits, puisqu'il est classique d'admettre que le plus grand nombre de guérisons s'obtient dans le courant de la 1re et de la 2e année et qu'à partir de la quatrième

année on n'en observe plus que quelques cas isolés. Trenel cherche, non pas à définir mais à expliquer au moyen des considérants de divers jugements rendus ce que les Allemands entendent par « *ce terme vague et obscur de communauté mentale.* »

A cet effet, il rapporte un jugement de première instance qui fut un des premiers rendus. Dans ce jugement il est dit que pour qu'il y ait disparition de la communauté mentale il faut qu'il y ait « *mort intellectuelle, complète nuit mentale, c'est-à-dire démence « Verblodung », état dans lequel le malade ne ressent plus la séparation et où il ne peut plus être parlé que d'une existence animale* ».

Or ce jugement, s'empresse d'ajouter Trenel, fut réformé en deuxième instance par le Tribunal des Deux-Ponts, cette interprétation de l'article 1569 étant jugé inacceptable ; dans le jugement de deuxième instance, il est dit « *qu'il y a disparition de la communauté quand l'un des conjoints, à la suite d'une maladie mentale, a perdu la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs nés du mariage, d'échanger des pensées raisonnables avec l'autre époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés.* »

Trenel indique que cet arrêt a établi une jurisprudence qui n'a pas varié. Il cite même des arrêts qui ont élargi dans ce sens l'interprétation de la loi. Il mentionne un jugement où il est dit « *que la communauté mentale entre les époux exige non seulement la possibilité d'une simple vie côte à côte, mais encore une communauté de pensées, et de sentiments et une aptitude de chez les deux époux à une confiance et une affection réciproques* ».

Il a signalé un arrêt où le divorce est prononcé en dehors de tout délire pour simple folie morale et dans lequel les juges considèrent que l'un des conjoints étant atteint de débilité morale, la communauté mentale n'existe plus.

Trenel, fait remarquer que le législateur allemand a été sagement inspiré en s'abstenant sciemment de donner une définition exacte du concept « *Communauté mentale* », et en laissant au juge dûment éclairé par les experts un très large pouvoir d'interprétation. Il fait constater en outre qu'en Allemagne la loi de 1910 n'a pas mis en danger la base morale du mariage. Deux malades dont le divorce avait été prononcé pendant leur maladie, et sortis ensuite guéris de l'asile, se seraient montrés satisfaits de leur nouvelle situation.

La deuxième partie du rapport est réservée à quelques considérations sur l'incurabilité. Trenel reproche à son tour aux observations de guérisons tardives d'être incomplètes, écourtées et d'avoir été données dans un but tendancieux.

Il mentionne le travail de Pétrën et insiste sur ce fait mis en relief par l'auteur allemand, à savoir que le chiffre des guérisons tardives prouvées ne s'élève jusqu'à ce jour qu'à 33. Il est, en outre, d'avis que l'aliéniste peut fréquemment affirmer l'incurabilité autant qu'il est humainemement possible d'affirmer un fait. Il se déclare d'ailleurs absolument opposé à ce que dans la loi on désigne les maladies pouvant être considérées comme incurables, car la loi n'a pas selon lui à se préocuper de l'incurabilité ainsi que l'ont compris les Allemands, mais de la disparition de la communauté intellectuelle.

Ladame, de Genève, dans un rapport qu'il a présenté sur la législation Suisse, *a surtout cherché à établir la*

fréquence des cas de divorce pour cas d'aliénation mentale. Voici les chiffres qu'il a donnés :

Pendant 10 années, de 1891 à 1900, sur 11.271 jugements de divorces rendus en Suisse, 150 seulement ont été prononcés pour le motif d'aliénation mentale incurable, ce qui donne une proportion de 1,36 pour 100.

De 1901 à 1909, sur 11.683 jugements, 217 ont été motivés par l'aliénation mentale du conjoint ayant dépassé une durée de trois ans, ce qui donne une proportion de 1,80 pour 100, proportion légèrement plus élevée que la précédente.

Le maximum a été atteint en 1907, année pendant laquelle la loi de 1874 qui accordait le divorce pour cause d'aliénation mentale incurable fut ainsi modifiée :

« *Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps pour cause de maladie mentale de son conjoint, si cet état rend la situation de la vie commune insupportable au demandeur et qu'après une durée de trois ans la maladie ait été reconnue incurable à dire d'expert.* »

Pendant cette année de 1907, sur 1494 divorces, il y eut 35 cas de divorces pour cause d'aliénation mentale, soit une proportion de 2,34 p. 100. Mais, en 1909, on ne comptait plus que 27 cas sur 1532 divorces, soit le 1,76 p. 100.

A Genève même, la proportion ne dépasse pas le 1 p. 100.

Ladame cite à la fin de son rapport quelques jugements tendant à prouver que les juges en Suisse évitent autant que possible de prononcer le divorce pour cause d'aliénation mentale et invoquent, quand ils le peuvent, le motif d'injures graves.

Ritti a communiqué deux jugements, l'un rendu par le tribunal de Moulins, l'autre par le tribunal de la

Seine, dans lesquels le divorce est prononcé pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieurs au mariage.

Régis a commenté l'arrêt que la Cour de Bordeaux a rendu sur son rapport médico-légal. Pour lui, le déséquilibré est un époux impossible. Le divorce est la meilleure façon de dénouer une situation conjugale rendue intolérable par le déséquilibre d'un des conjoints.

Leroy a soumis l'observation d'une malade internée depuis 6 ans et suivie journellement, chez laquelle le diagnostic de démence précoce paraissait certain et qui présente aujourd'hui une telle rémission qu'elle pourrait être rendue à la vie conjugale.

Calmettes a présenté 7 observations de malades guéris après un séjour à l'Asile variant entre 5 et 14 ans.

Toutes ces observations rentrent dans le cadre de la folie périodique sauf la dernière qui peut faire penser à une démence précoce. Six sur sept de ces observations se rapportent à des femmes.

Truelle a apporté l'observation d'une psychose hallucinatoire à teinte mélancolique qui aurait pu être classée dans la démence paranoïde et qui après s'être manifestée sans trêve près de 14 ans semble maintenant totalement disparue.

Notons en passant que ces aliénistes en présentant leurs observations, se défendent ou s'excusent de prononcer le mot de guérison tardive. Leroy fait remarquer qu'il ne parle pas de guérison mais de rémission. Calmettes dit que le mot de guérison employé par lui passera peut-être pour exagéré. Truelle parle d'amélioration considérable.

Dans les discussions soulevées par ces rapports et ces communications, divers aliénistes on fait connaître leur opinion personnelle sur la question.

Pour Vallon l'aliénation mentale ne doit pas être considérée comme une cause de divorce parce qu'alors il faudrait l'accorder dans les cas incurables des maladies autres comme le tabes par exemple.

Arnaud abonde dans le même sens et soutient qu'au point de vue strictement médical le divorce pour aliénation mentale ne se défend pas mieux que le divorce pour tout autre maladie chronique.

Lwoff soutient, au contraire, que dans l'aliénation il y a « *mort mentale* » suivant l'expression allemande, et que, de ce fait, l'aliéné n'est comparable ni au cancéreux ni au tuberculeux.

Ballet pense que la question est étrangère à la médecine.

Pierron veut bien reconnaître que la question des causes légales du divorce relève du domaine social mais il est d'avis que seul l'aliéniste peut renseigner le législateur sur l'influence que peuvent exercer les diverses formes d'aliénation sur les rapports conjugaux.

Pour de Clérambault, c'est une erreur de prendre pour seul critérium de l'opportunité d'un divorce le pronostic d'incurabilité. A son avis, l'aliéné libéré est plus à redouter que l'aliéné incurable.

Il garde en liberté les mêmes dispositions morbides (*aboulie, impulsivité, déséquilibre, tendances jalouses, interprétatives ou réclamistes*) qui ont favorisé son délire et qui le rendent, par suite, inapte à la vie conjugale et familiale.

Il est un danger pour la société parce qu'il peut procréer.

Quant à l'aliéné incurable, de Clérambault soutient qu'il est incapable, dans la majorité des cas, de retirer

un profit moral de l'assistance et de l'attention de son conjoint.

D'ailleurs, ajoute cet aliéniste, le conjoint lui-même se désintéresse fréquemment de son malade et vit en concubinage.

Aussi, est-il d'avis que les mêmes causes qui motivent l'internement puissent entraîner le divorce.

L'aliéné est selon lui, comparable juridiquement parlant, au délinquant irresponsable que la loi oblige à réparer les dommages causés. Il doit à son conjoint le divorce comme réparation.

Dupré pense aussi que dans l'étude de cette question on se préoccupe trop de l'infirme, de la non valeur sociale qu'on protège, au détriment des gens bien portants.

Briand trouve que la difficulté de pouvoir affirmer la chronicité ou l'incurabilité d'une psychose, crée de gros embarras à une loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. Il hésite, ensuite, en tant que médecin à sanctionner par un certificat, une mesure prise en somme contre un malade. Il désirerait voir tourner la difficulté, en faisant admettre dans la loi, l'argument tiré de l'erreur sur la personne.

Enfin, M. Lucien Gros a ouvert dans le courant des deux dernières années dans les colonnes de son journal, la *Gazette médicale*, un référendum sur le problème du divorce pour cause d'aliénation mentale. Ce référendum auquel ont pris part, non seulement la plupart des aliénistes, mais un grand nombre de juristes, a permis à toutes les opinions de se faire jour.

OBSERVATIONS

Observation I

Lypémanie à direction de délire de persécution avec hallucinations. Guérison au bout de 20 ans, se maintenant jusqu'à la mort survenue 8 ans après la sortie.

P... Euphrosine, détenue, 30 ans, couturière, née et domiciliée à V... (Isère). Entrée le 17 août 1859.

Antécédents. — Mère inconnue. Père mort très âgé, a peu vécu avec ses enfants, menait une vie errante et vagabonde. Deux sœurs (filles de joie).

En ce qui la concerne, P... Euphrosine a mené elle aussi une vie très irrégulière. Elle a eu plusieurs enfants naturels ; elle a été condamnée à vie pour meurtre.

Evolution de la maladie. — C'est en prison, *un an avant de venir à l'Asile,* qu'elle a commencé à donner des signes d'aliénation mentale.

A son entrée à l'Asile, *le 17 août 1859,* le diagnostic de lypémanie fut porté par M. le professeur Cavalier.

Jusqu'en mai 1860, les certificats mensuels indiquèrent de la tristesse, de la concentration, des idées religieuses (la malade s'ima-

ginait devoir subir une expiation terrible). Son état n'a présenté jusque-là ni aggravation, ni amélioration.

En juin de la même année, on nota des idées de persécution, des hallucinations, et un érotisme très prononcé chez la malade.

Jusqu'en février 1862, son état resta le même.

En mars de la même année on constate que les conceptions religieuses avaient actuellement une importance bien moindre.

Jusqu'en juin 1860, les certificats semestriels indiquèrent que l'état de la malade était resté le même.

En décembre de la même année, les hallucinations devinrent plus rares, mais l'état de la malade resta le même *jusqu'en décembre 1877.*

En juin 1878, l'amélioration devint progressive.

Le 1e septembre 1878, la malade sortit guérie.

Le certificat de sortie suivant établi par M. le professeur Cavalier indiquait nettement la forme, la marche et la durée de la maladie. « Etait atteinte d'une lypémanie à direction de persécution avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher et probablement aussi de la sensibilité générale. Le délire avait une direction érotique prononcée.

Cette malade a été affectée pendant 20 ans d'une aliénation mentale ainsi caractérisée, sans que le délire ait présenté de changement important. Tout portait à penser que l'incurabilité était établie et que la seule modification, dont cette maladie fut susceptible, ne pouvait être qu'une aggravation. Cependant, il y a environ un an, nous avons constaté un commencement d'amélioration remarquable. Cette amélioration a, depuis lors, fait des progrès lents sans doute, mais à peu près continus. Finalement il s'est produit une guérison qui, bien que surprenante, doit être considérée comme entière et qui peut inspirer une certaine confiance dans sa consolidation, parce qu'elle existe et se maintient depuis plusieurs mois et surtout parce qu'elle trouve une explication physiologique qui atténue et efface même ce qu'elle peut avoir d'extraordinaire.

Le commencement d'amélioration progressive que nous avons constatée, il y a environ un an, a coïncidé avec l'établissement de la ménopause, et c'est à mesure que le repos physiologique s'est fait de plus en plus dans la sphère génitale que l'amélioration a progressé et abouti à une guérison non douteuse et qui, suivant

toute apparence, se maintiendra. Des faits de ce genre ont été déjà observés et enregistrés d'une façon authentique, mais ils sont rares ».

Sortie de l'Asile, cette malade a été réintégrée à la Maison Centrale de Montpellier et y est morte 8 ans après, le 25 novembre 1886. Il est certain que si cette femme avait présenté le moindre trouble mental, elle eut été reconduite à l'Asile.

Observation II

Lypémanie hypocondriaque. — Guérison au bout de 17 *ans, guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue* 8 *ans après la sortie.*

G... Joséphette, veuve L..., détenue, 54 ans, coquetière née à T... (Savoie) domiciliée à G... (Isère). Entre le 20 février 1860.

Antécédents. — Pas de renseignements.

A l'entrée de la malade à l'asile, M. le professeur Cavalier porta le diagnostic de lypémanie.

Jusqu'en *mai 1861*, l'état de la malade, d'après les certificats semestriels, resta le même.

En juillet de la même année on constata que le délire toujours lypémaniaque, avait pris la forme hypocondriaque.

Jusqu'en juin 1869, aucune modification sensible ne fut constatée dans l'état de la malade.

En décembre de la même année, on nota une amélioration, mais celle-ci fut de courte durée (*elle ne dura pas 6 mois*). La malade retomba vite dans le même état que par le passé.

En juin 1871, nouvelle amélioration qui se maintint mais resta stationnaire *jusqu'en juin 1874*.

En décembre 1874, on constata une amélioration considérable. laquelle ne devint progressive *qu'à partir de décembre 1875*.

En décembre 1876, G. Joséphette était guérie.

Elle sortit *le 24 février 1877*.

Dans le certificat de sortie l'histoire de la maladie était ainsi résumée par M. le professeur Cavalier :

Cette malade était affectée de perversions sensorielles viscérales multiples siégeant principalement dans l'appareil digestif ; elle se plaignait continuellement de douleurs du côté du ventre et de l'estomac ; ces sensations avaient souvent un point de départ réel, mais elles étaient exagérées par la malade qui se croyait atteinte d'une maladie excessivement grave, ce qui entraînait chez elle un état de tristesse considérable, une vraie lypémanie.

L... attribuait les douleurs qu'elle ressentait à des ennemis, et des idées de persécution s'associaient ainsi aux idées lypémaniaques et augmentaient l'agitation de la malade qui se répandait en invectives contre de prétendus persécuteurs. Cependant, jamais ces idées de persécution n'ont été nettement systématisées ; la malade ne personnifiait pas ou personnifiait vaguement les individus qui la faisaient aussi souffrir.

Pendant longtemps, l'aliénation de L... se présenta sous la forme continue ; plus tard, sous l'influence d'un traitement approprié, des périodes de calme, d'abord de courte durée, se manifestèrent, faisant place à de nouveaux accès de lypémanie et de surexcitation. Peu à peu ces phases d'agitation perdirent de leur fréquence et de leur intensité ; par suite, les périodes de calme acquirent une importance de plus en plus grande ; pendant ces dernières, la malade était raisonnable. Depuis longtemps déjà, l'agitation n'a plus reparu et les accès de délire lypémaniaque ne se sont plus manifestés. Nous considérons la femme L... comme étant actuellement parfaitement calme et assez raisonnable pour que son maintien dans un asile d'aliénés ne soit plus justifié ».

Réintégrée à la Maison Centrale de Montpellier elle y est décédée le 26 janvier 1886, 8 ans après sa sortie. Pour cette malade comme pour la précédente, il est à supposer que si la guérison ne s'était pas maintenue, on n'eût pas manquer de l'interner à nouveau.

Observation III

Alternatives de dépression, d'agitation et de retour à la normale. Guérison au bout de 15 ans se maintenant depuis 13 ans.

G... Rosalie, épouse L..., 24 ans, sans profession, née et domiciliée à Saint-P...-de-M..., entrée le 21 avril 1881.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Le père mort d'une attaque d'apoplexie foudroyante à 55 ans. Grands-parents morts à 80 ans de vieillesse ; la grand'mère, dans ses vieux jours, était démente ; 3 oncles bien portants ont des enfants intelligents et qui se portent bien.

Côté maternel. — La mère est douée d'un tempérament très nerveux et d'un caractère très irascible. Elle a présenté pendant 8 ans à la suite d'un accouchement, des alternatives de gaieté et de tristesse. Grand-père mort à 70 ans d'un cancer de la langue. Grand'mère morte à 60 ans d'une pleurésie, avait le même caractère que sa fille. Trois tantes bien portantes. L'aînée est toutefois un peu vive et se met facilement en colère.

Histoire de la malade. — G... Rosalie a eu la rougeole à 2 ans, la variole à 4 ans, la cholérine à 5 ans, mais depuis cette époque elle n'a jamais été malade.

Elle n'est jamais allée à l'école ; sa mère étant malade, elle s'occupait du ménage. Elle était très intelligente et travaillait courageusement, mais elle était d'un tempérament bruyant et s'emportait volontiers.

Elle fut réglée à 14 ans. La menstruation s'établit régulièrement, mais à 18 ans, à la suite d'un bain dans l'eau froide, les règles se supprimèrent. Elles ne revinrent qu'au bout de 4 mois et pendant toute la durée de leur disparition, G... Rosalie se plaignit de maux de tête, de courbature et de faiblesse générale.

Mariée à 21 ans, elle aurait eu, avant son mariage, beaucoup de contrariétés. Ses parents la tourmentaient et la frappaient

même pour lui faire rompre son mariage. Elle devint enceinte quelque jours a peine après son mariage.

Son caractère se modifie : pendant toute sa grossesse, elle fut très excitable, riant, chantant sans raison. Elle était tantôt triste, indifférente, tantot irritable et querelleuse.

L'accouchement se fit bien, mais trois jours après, lors de la montée laiteuse, elle eut des frissons qui durèrent tout le jour. Elle tomba alors en proie à une très vive inquiétude. Elle était apeurée, voyait des hommes et des femmes. Elle entendait parler son beau-père mort depuis quelques mois, elle ne voulait plus voir son enfant, ni son mari, qu'elle n'aimait plus. Elle était obsédée par l'idée que cet enfant n'était pas le sien. Elle resta ainsi 6 mois consentant néanmoins à nourrir son enfant qui mourut alors.

A la suite de la mort de son enfant, son état s'améliora, mais elle ne revint jamais normale. Elle ressentait toujours une sensation de froid sur la tète, elle n'avait aucun contentement au dedans d'elle et se désintéressait des affaires de la maison.

Seize mois environ après la mort de son premier enfant, elle accoucha une seconde fois.

Le lendemain de l'accouchement, l'idée qu'elle n'aimait pas son enfant lui revint à l'esprit. Pendant 1 mois 1/2, elle chercha à lutter contre cette idée ; elle continua à nourrir et à soigner son enfant, mais au bout de ce temps, le découragement et le dégoût s'emparant d'elle, les idées délirantes s'imposèrent avec plus d'intensité. Elle refusa de donner à têter à son enfant et le frappa violemment. Son mari, sa mère, tous ses parents devinrent bientôt le sujet de son aversion. Elle ne pouvait les supporter et ne voulait voir personne. Les idées devinrent continues, elles s'accompagnèrent tantôt d'agitation, tantôt de dépression. Certain jour, elle se mettait à crier, à chanter, à danser, parfois elle quittait la maison et se sauvait à travers champs. D'autres fois, au contraire, on la voyait rester immobile et muette des heures entières. Elle était apeurée, elle voyait le méchant esprit, elle entendait des voix qui lui disaient d'aller se noyer.

Elle fut conduite à l'Asile de Montpellier *le* 21 *février* 1881. *Pendant près de* 10 *mois* elle présenta dans cet établissement les

signes d'une excitation maniaque assez accentuée.

Elle courait d'un côté et d'autre, tenait continuellement des propos incohérents, frappait les gardiennes et les malades, déchirait ses vêtements, chantait et tenait des discours désordonnés.

Vers le milieu de décembre elle devint triste : elle se plaignait de maux de tête. Elle pleurait et avait peur de retomber malade comme par le passé.

Elle resta triste *pendant un mois*, puis elle recommença à aller un peu mieux. Son état s'améliora alors petit à petit et elle sembla revenir à l'état où elle était avant le développement de l'aliénation mentale. *Elle sortit le* 24 *octobre* 1882.

Rentrée chez elle, son mari reconnut qu'elle n'était pas complètement guérie ; ses manières d'agir et sa façon de parler n'étaient pas naturelles ; elle faisait son travail et allait même à la journée, mais elle était toujours un peu excitée, elle parlait sans cesse de l'Asile, des personnes qu'elle y avait connues.

Il y avait à peine 6 mois qu'elle était sortie, quant l'agitation revint plus forte que jamais. Elle courait dans les rues du village, menaçait les habitants.

Elle revint à l'Asile elle-même demander sa réintégration. Ramenée chez elle par ses parents, elle se livra contre eux à plusieurs actes de violence. Elle prit son mari aux cheveux, le traîna par terre, lui comprima la poitrine avec les genoux. Elle frappa aussi sa mère et son frère.

C'est à la suite de ces scènes de violence qu'on se décida *le* 22 *avril* 1883 à la ramener à l'Asile.

Ce nouvel accès d'agitation caractérisé surtout par de l'irritabilité et de l'offensibilité dura près de 3 ans. A des intervalles irréguliers, il y avait des tendances à la rémission, mais ce n'est que dans les derniers mois que l'agitation était allée progressivement en s'atténuant.

Elle sortit le 13 *mars* 1887, réclamée par sa famille, ayant recouvré apparemment son calme et sa raison.

Treize jours après sa sortie, elle retournait à l'asile. Etant passée devant la maison qu'elle habitait avec son mari mort quelque temps avant, elle crut voir ce dernier sur le seuil de la porte ; immédiate-

ment son estomac se serra, ses jambes faiblirent, sa tête devint lourde.

Quelques heures après, elle fut envahie par un sentiment de tristesse. Il lui sembla qu'elle n'était pas comme les autres femmes, qu'elle devait mourir le soir en se couchant. Elle fut toute étonnée le lendemain matin en se levant de se trouver en vie Elle fut portée alors, à se faire du mal, à se couper la langue, à se pendre, à se noyer ou à s'empoisonner. Elle n'eut pas le courage de mettre ces projets à exécution, l'énergie nécessaire lui manquant.

Une fois à l'asile, elle fut en proie à une très vive inquiétude, parlant sans cesse de se détruire.

Elle resta ainsi pendant 7 ans triste, ayant sans cesse l'idée de se faire du mal. Il lui semblait qu'elle n'existait plus, qu'elle n'était plus la même personne. Elle ne pouvait pas prier, parce qu'il lui semblait qu'elle était damnée. Elle entendait des sons de cloches, mais n'entendait pas de voix. Deux jours avant et pendant la durée des règles, tous ces divers troubles s'exagéraient.

Au bout de ce temps, elle eut le choléra. Un mois après, on lui remit une lettre lui annonçant la mort de sa mère. Elle tomba alors dans un véritable accès d'agitation, pendant lequel elle se montra très agressive. Cet accès disparut au bout d'un mois, mais laissa après lui un état de surexcitation qui persista pendant six mois environ. Puis, la tristesse revint, mais peu à peu disparut à son tour.

Elle sortit le 7 juin 1896. Dans le certificat de sortie, l'histoire de la maladie et l'état que présentait la malade au moment de la sortie étaient ainsi résumés par M. le professeur Mairet : « Pendant 7 ans au moins, cette malade a été constamment triste avec idées de suicide et exagération des idées lypémaniaques, deux jours avant et pendant la durée des règles. Au bout de ce temps, il s'est produit chez elle un mois après une atteinte de choléra et sous l'influence d'une commotion morale, un véritable accès d'agitation avec offensibilité. Cet accès disparut assez vite, mais laissa après lui un état de surexcitation; la moindre des choses rendait M. L... malade. Cela dura ainsi pendant 6 mois environ.

Puis un sentiment de tristesse réapparut de nouveau sans idées de suicide et peu à peu ce sentiment disparut à son tour et depuis 10 à 11 mois aucune nouvelle crise ne s'est produite. Mme L... qui

se rend compte de sa situation, me dit qu'elle ne souffre de rien, qu'elle ne ressent plus rien, qu'elle n'a plus aucun sentiment de tristesse, ni aucune idée délirante et qu'il lui semble être revenue complètement ce qu'elle était avant le développement de sa maladie ; il ne lui reste plus qu'un état de facile, émotivité, mais cet état remonte à l'enfance et ne serait pas plus marqué qu'avant.

Dans ces conditions et bien qu'un nouvel accès puisse être à craindre, on peut, pensons-nous, rendre Mme L... à son frère qui la réclame, s'engage à la soigner, à la surveiller et se rend responsable de tout ce qui pourrait arriver ».

Sortie de l'asile, Mme G... s'est remariée. Elle a eu un fils, vit très heureuse et très bien portante. Elle vient de temps en temps à l'asile pour y revoir les infirmières qui l'ont soignée. A chacune de ses visites elle a donné l'impression d'une personne normale.

Observation IV

Phases alternatives de dépression, d'agitation et de retour à la normale arrivant à la guérison au bout de 12 jours

Mlle B... Marie-Louise, 18 ans, sans profession, née et domiciliée à Servian (Hérault), entrée à l'asile le 18 mai 1888, d'office.

Antécédents paternels. — Grand-père mort à 72 ans, asthmatique ; grand'mère 86 ans, bien portante.

Père, 54 ans, rhumatisant, doué d'un caractère emporté. N'a jamais fait d'excès de boissons. N'a ni frère, ni sœur, mais un cousin idiot, interné à l'asile de Montpellier.

Antécédents maternels. — Grand-père mort à 80 ans de vieillesse grand'mère, 77 ans, bien portante.

Mère, 49 ans, probablement épileptique. A 17 ans, a eu une première attaque. Cette attaque s'est répétée depuis (25 ou 30 fois) surtout à la suite d'une émotion quelconque, se caractérisant par les symptômes suivants : sensation de constriction péricranienne, cri initial, chute, mouvements désordonnés qu'on n'a pas su

décrire, morsures de la langue, sensation de fatigue intense et perte du souvenir.

A une sœur paraissant nerveuse, deux frères dont l'un est interné à l'asile de Montpellier.

Collatéraux. — La malade a un frère bien portant.

Antécédents personnels. — B... Marie-Louise a eu la rougeole dans l'enfance, et à 6 ans une fièvre typhoïde qui a évolué normalement, mais a laissé après elle des maux de tête qui ont augmenté en intensité et en fréquence à mesure qu'elle croissait en âge.

Elle fut une enfant timide et peureuse. Elle refusait parfois de manger parce qu'elle avait peur sans trop s'expliquer pourquoi ; à l'école, elle se révéla d'une intelligence ordinaire.

Réglée pour la première fois à 15 ans, les céphalalgies deviennent alors si fortes que ses parents furent obligés de lui faire cesser ses études.

Elle lia connaissance, à ce moment, avec une voisine, femme âgée, étrangère au pays, vivant paraît-il, du produit de ses vols. Cette vieille femme, lui fit lire des romans immoraux, lui enseigna le mal, lui défendit de croire en Dieu. bref l'endoctrina au point même de l'empêcher de raconter à ses parents ce qui se passait entre elles.

B... Marie terrifiée par sa voisine, grondée et peut-être maltraitée par ses parents, vit ses règles, s'arrêter *pendant 3 mois à 16 ans*, c'est-à-dire un an après leur première apparition. On ne nota rien de particulier du côté de son état mental pendant cette suppression du flux menstruel, sauf une exagération de sa timidité et de son apeurement habituels.

Développement et évolution de la maladie. — Lorsque les règles réapparurent trois mois après, B... Marie-Louise accusa une sensation de boule partant de l'épigastre, montant au gosier et arrivant presque dans le crâne ; elle se plaignit de céphalalgie intense, et de malaise. La tristesse et le dégoût s'emparèrent d'elle. Elle se mit ensuite à parler continuellement de sa voisine, l'accusant de vouloir l'empoisonner. Elle la voyait menaçante, lui présentant une corde pour se suicider, lui enjoignant tantôt de se noyer, tantôt de tuer ses parents et de se retirer avec elle.

La peur de la sorcière s'accrut. Elle refusa de prendre de la

nourriture parce que toujours cette même femme, son mauvais génie, le lui défendait et lui enlevait la cuillère des mains.

Elle cessa ensuite de parler et se tint immobile, la tête profondément inclinée sur la poitrine.

Cet accès de folie dura une quinzaine de jours et se répéta à chaque menstrue. Pendant 3 mois, les périodes menstruelles assez régulières, quoique peu abondantes furent ainsi troublées par des accès semblables au premier.

Ses parents se décidèrent alors à l'interner. Elle fut conduite à l'asile de Montpellier le 18 mai 1888. Elle fut considérée par M. le professeur Mairet comme une héréditaire qui, sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles une fièvre typhoïde et la puberté, avait réalisé des troubles psychiques caractérisés principalement par des idées de peur, des idées d'ensorcellement et quelques perversions sensorielles.

Au bout d'une quinzaine de jours, ces divers troubles semblèrent disparaître; on ne constate plus chez la malade que de l'impressionnabilité, de l'émotivité et à certains moments des maux de tête et d'estomac.

Quelques jours après, son caractère se modifia. De tranquille qu'elle était, elle devint insupportable. Elle tomba en proie à une agitation continue et considérable. Elle riait, pleurait, criait, ne pouvait rester en place, tenant des propos décousus.

Deux mois après, elle était de nouveau affaissée, aboulique.

Sur ces entrefaites, elle réalisa une pleurésie de nature probablement tuberculeuse. Durant l'évolution aiguë de cette affection, (1 mois environ), elle mena une vie presque végétative, ne s'intéressant à rien.

Quand les signes de la pleurésie disparurent, B... Marie-Louise reprit sa vie ordinaire, se mit à travailler, à causer, à rire et à chanter, mais sans agitation.

Elle sortit le 23 décembre 1888. Son état mental présentait une telle amélioration qu'on aurait pu croire, disait M. le professeur Mairet dans le certificat de sortie, à une véritable guérison. Malheureusement la prédisposition héréditaire qui pesait sur elle était si forte qu'elle laissait craindre le retour de nouveaux accès d'aliénation.

Et, en effet, à peine rentrée chez elle, B... Marie-Louise eut à des

intervalles plus ou moins éloignés, de légers accès qui furent au nombre de 3, et qui présentèrent invariablement le même début : les 3 accès précédèrent les règles. Les deux premiers consistèrent en sensation de boule au niveau de l'épigastre, en insomnie, en refus d'aliments, en mutisme, en idées de peur, en hallucinations de la vue. Ils eurent une durée de 5 à 6 jours et se terminèrent avec les menstrues.

Le troisième accès fut différent des deux autres. B... Marie-Louise travaillait aux champs quand elle fut prise d'une violente crise d'agitation. Elle commença par chercher querelle aux femmes qui travaillaient avec elle. En rentrant, le soir, elle refusa de manger et ne voulut point se coucher. Elle se mit à fouiller les meubles de la maison, jetant le linge des armoires au milieu de l'appartement et allant à chaque instant se mettre la tête dans l'eau. L'agitation dura dix jours sans répit puis elle alla en diminuant et tomba vers le quinzième jour. B... Marie-Louise resta trois jours calme, mais elle retomba ensuite dans le même état d'agitation, injuriant, menaçant ses parents, et se plaignant de fréquents maux de tête.

Elle fut ramenée à l'asile le 8 juillet 1888, c'est-à-dire six mois à peine, après sa sortie.

Là, on constate une agitation considérable avec incohérence. Elle n'avait plus les perversions sensorielles et les idées qu'elle avait présentées lors de sa première entrée et le diagnostic de manie avec agitation fut porté par M. le professeur Mairet.

Cette agitation, indépendante de la menstruation dura deux mois environ. Le mieux revient alors assez rapidement et jusqu'au mois de mai 1890, B... Marie-Louise, se montra calme, parlant à l'un et à l'autre, se conduisant comme une personne raisonnable.

Le 21 mai elle s'agita de nouveau pendant 6 à 8 jours, puis redevint calme pendant 3 semaines.

Elle resta ensuite affaissée pendant 3 mois environ. Le 23 octobre, l'agitation revint, dura quelques jours à peine et fut remplacée par le calme qui persista jusqu'en janvier 1891.

Dans les premiers jours de ce mois, on constate de nouveau de la dépression avec idées hypocondriaques qui persiste pendant 6 mois. En juin, elle commenca à s'agiter. L'agitation dura jusqu'au milieu d'octobre. En novembre elle fut calme.

Dans les premiers jours de décembre, elle devint triste; elle le resta jusqu'en mars 1892 où elle recommença à s'agiter. L'agitation dura jusqu'à la fin de septembre. Elle reste calme jusqu'au milieu de novembre.

A ce moment la tristesse s'empara d'elle et dura jusqu'en avril 1893, où elle fut remplacée par de l'agitation à laquelle le calme succédait 2 mois après.

En septembre, nouvelle agitation après une période d'affaissement. Le 23 octobre la malade redevint calme.

Le 1er novembre, elle se montra de nouveau triste, et le resta jusqu'en mai 1894 ou l'agitation revint, dura quelques jours à peine et fit place au calme.

La dépression réapparaît bientôt et au bout d'un mois fut encore remplacée par de l'agitation qui dura jusqu'en octobre. La malade resta calme ensuite pendant un mois.

Elle redevint triste et resta telle jusqu'en avril 1895 ou elle recommença à s'agiter. Le 30 janvier 1896 elle était encore surexcitée Le 3 février elle se montra un peu plus calme, puis passa 3 ou 4 jours tranquille.

Le 10 février, elle retombait dans son état de dépression, mais la tristesse et l'affaissement ne durèrent cette fois qu'une dizaine de jours. A partir de ce moment, la malade devint calme et raisonnable.

Elle sortit le 25 juillet 1897. M. le professeur Mairet faisait en ces termes le certificat de sortie : « Pendant bien longtemps cette malade est passée par trois phases successives d'agitation, de dépression et de retour apparent à la raison. Depuis un an ce cycle s'est complètement modifié, l'agitation a disparu et les idées de tristesse ne sont plus revenues que très rarement et d'une manière passagère. Il y a quatre mois environ que nous ne les avons plus constatées. De sorte que depuis ce moment, Mlle B... est calme et semble avoir recouvré toute sa raison.

Dans ces conditions, il nous semble qu'elle peut être rendue, sans inconvénient, à ses parents, qui la réclament. »

Sortie de l'Asile, Mlle B...... s'est mariée. Son médecin nous écrit qu'elle peut être considérée comme guérie, qu'elle raisonne très bien et qu'elle s'acquitte très correctement de ses fonctions de ménagère.

Observation V

Lypémanie. Guérison au bout de 12 ans, se maintenant depuis la sortie qui date de 2 mois

M... Marie, 45 ans, sans profession, domiciliée à P... (Hérault). Entrée le 31 mars 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans, d'une hernie étranglée; ne buvait pas. Mère morte à 76 ans, aveugle. Avait depuis l'âge de 25 ans des accès de tristesse plus ou moins marqués. Ces accès n'ont jamais été suivis d'un retour complet à la normale. Le dernier se manifesta par des idées d'immortalité qui, toutefois, ne tourmentaient pas trop la malade et ne la rendaient ni trop triste, ni trop inquiète.

Un frère présente de légers troubles psychiques.

Rien à signaler du côté des autres parents.

Antécédents personnels. — Mlle M... s'est développée normalement. Elle n'a jamais eu aucune maladie physique. D'une intelligence moyenne, elle a appris à l'école avec assez de facilité. Son jugement et son raisonnement étaient assez développés. Elle était d'un caractère doux et n'avait que le défaut d'être très avare. Elle n'a jamais été réglée.

A l'âge de 24 ans un trouble se produisit dans son état mental. Elle devait se marier. A la suite d'une lettre anonyme qu'elle reçut, elle rompit le mariage projeté. Elle eut alors un accès de lypémanie qui dura 2 ans environ; elle était triste, regrettait qu'on ait entrepris ce mariage à cause des dépenses occasionnées à ses parents; elle ne sortait pas, restait couchée, manquait d'énergie et de courage, n'avait aucun goût pour le travail.

Puis, un beau jour, elle se remit à ses occupations professionnelles. Jusqu'à 45 ans elle resta normale.

Evolution de la maladie actuelle. — Vers cette époque le délire revint à la suite de chagrins provoqués par la maladie et la mort de

sa mère. Celle-ci qui était une lypémaniaque avec idées d'immortalité dit à sa fille quand elle sentit sa fin s'approcher : « ce n'est pas moi qui aie été condamnée à vivre jusqu'à la fin du monde, c'est toi ». Mlle M... tant que sa mère avait vécu s'était dit : « Si ma mère meurt, il fallait qu'elle soit folle pour se dire immortelle ». Sa mère morte, elle tomba aussitôt malade, et prit son délire. Elle s'imagina qu'elle avait laissé mourrir celle-ci faute de soins, quelle était une criminelle. Elle ne mangea que du pain et des pommes de terre se déclarant indigne de manger autre chose. Elle ne dormait plus que sur un grabat.

Quand il faisait froid ou quand il pleuvait elle sortait pour s'imposer des mortifications. Elle était immortelle elle avait eu beau tenté de s'étrangler elle n'avait pas pu y arriver. Elle était sujette à des rêves dans lesquels on lui apprenait ce qui devait arriver à elle et à tous les siens.

Il y avait 3 ans qu'elle présentait cet état, quand elle fut amenée à l'Asile le 31 mars 1904.

Sa physionomie, ses gestes, ses paroles, exprimaient une vive inquiétude. Elle levait les yeux au ciel, larmoyait, joignait les mains. Tout dans son attitude qui était extatique indiquait un certain degré d'exaltation religieuse.

Son délire était, en effet, manifestement religieux. Elle se rendait compte qu'elle n'avait pas été ce qu'elle aurait du être. En lisant les évangiles, elle n'avait pas su comprendre ce qu'ils renfermaient. Elle aurait pu être une sainte, mais elle n'avait pas su observer les commandements de la religion.

Dieu, pour la punir, l'avait jugée. Comme elle avait été jugée de son vivant, alors que l'on ne doit l'être qu'après la mort, elle était condamnée a être immortelle ainsi que le veut le secret de Notre-Dame de la Salette. Quand viendrait la fin du monde, les prédictions de l'évangile se réaliseraient : tout le monde mourrait. Elle resterait seule sur la terre pendant toute l'éternité. Elle voudrait mourir ; elle avait essayé vainement de se noyer. Si elle se jetait dans un puits on l'en sortirait vivante.

Elle ne présentait aucune perversion sensorielle. Son intelligence était conservée. On ne constatait aucun trouble moteur. Au point de vue physique on ne notait qu'un état saburral de la langue et une constipation opiniâtre. On ne trouvait aucun stigmate de l'hystérie

et comme stigmate de dégénérescence il n'existait que de la microcéphalie, un front bas et étroit.

Cet état dura pendant 5 ans avec des poussées plus ou moins fortes de tristesse, puis alla progressivement en s'améliorant.

En août 1904. elle était très angoissée. Elle criait, se lamentait s'accusait d'avoir détruit toute sa famille et refusait de s'alimenter.

En mai 1905, elle était encore plus triste et plus inquiète. Elle se disait immortelle mais commençait à douter de son immortalité. Elle voulait voir si en ne mangeant pas, elle mourrait.

En mars 1906, elle s'imaginait qu'on allait tuer son frère et disait qu'elle était la cause de cette mort.

En septembre 1907 elle refusait de manger pour essayer de mourir de faim.

En septembre 1908 elle pleurait toute la journée à chaudes larmes et cherchait à s'isoler.

En octobre 1909 elle disait qu'elle était une mauvaise personne capable de beaucoup de crimes. Toutefois, elle déclarait qu'elle avait eu tort de se croire immortelle et qu'elle avait compris, après réflexion, qu'elle serait foudroyée à la fin du monde et précipitée en enfer.

En décembre 1909 elle allait mieux, s'occupait et travaillait régulièrement, mais elle conservait toujours les mêmes idées.

En février 1910 elle était triste, gémissait sur ses crimes et refusait de travailler.

En mars 1910 elle eut une forte crise de tristesse en apprenant la mort de son frère. Elle ne cessait de répéter en se désolant : « c'est moi qui suis la cause de sa mort ».

En janvier 1911 elle était obéissante, travaillait régulièrement, mais conservait toujours les mêmes idées.

En janvier 1912 elle n'était plus aussi triste, elle exprimait le désir de retourner au milieu des siens. Néanmoins elle se croyait toujours coupable envers Dieu et se reprochait la mort de ses frères.

En novembre 1912 elle était plus calme et plus contente.

En janvier 1913 elle se sentait moins déprimée. L'idée de la damnation à vie lui paraissait suspecte. Elle était arrivée à ce résultat en se tenant le raisonnement suivant : « Dieu est bon, il par-

donne à tous les pécheurs; pourquoi ne me pardonnerait-il pas? Certainement je l'ai offensé, mais il n'y a pas d'offense, si grande soit-elle, qui épuise la bonté de Dieu. » Elle se croyait encore la cause des malheurs arrivés à sa famille, mais donnait à ce sujet des explications naturelles. Elle supposait que c'était son internement qui avait chagriné sa famille. Elle essayait de lutter contre sa tristesse, mais sa volonté restait impuissante.

En avril 1913 la pensée de son frère la rendait inquiète, elle croyait encore par moment qu'elle était peut-être la cause de sa mort.

En mai 1913 elle n'avait plus aucune des idées qu'elle avait autrefois. Elle n'a plus au dedans d'elle qu'un peu de tristesse qu'elle attribue à ses malheurs. Elle pensait que si elle sortait elle redeviendrait comme avant.

Elle sortit le 17 mai 1913.

L'état de la malade au moment de la sortie fut ainsi noté par M. le Prof. Mairet:

Cette femme était plus ou moins triste, avec des poussées de tristesse allant à certains moments jusqu'à l'angoisse, durant des semaines, durant des mois. Puis à un moment donné, cette tristesse s'atténue et il y a de la rémission. Elle se sent mieux, tout en ayant les mêmes idées, et elle commence à travailler. Dans les dernières années, les périodes d'angoisse s'atténuent de plus en plus, diminuent en nombre, en durée.

Les périodes de retour vers le bien s'accusent de plus en plus.

A Pâques, toutes ses idées délirantes avaient disparu, sauf celles d'indignité (elle ne se croyait pas encore digne d'aller à l'église). Actuellement, ces dernières idées ont disparu ; elle ira chez elle, elle fera ses pâques. On note cependant encore une vibration plus grande du sentiment de tristesse qu'à l'état normal, le souvenir de son frère la tourmente et vibre plus que de raison, si elle n'avait pas été malade, si elle avait été dans sa maison, elle l'aurait mieux soigné, son frère ne serait pas mort ; c'est bien à elle ou à sa maladie qu'elle doit attribuer la mort de son frère.

Sortie de l'asile cette malade est allée vivre chez une nièce où elle vit dans des conditions de milieu défavorables à son état de santé. Sa petite nièce malade depuis longtemps donne beaucoup d'ennuis et de peine à son entourage ; néanmoins Mlle M... continue

à se bien porter. On n'a pas pu nous dire si elle conservait toujours un sentiment de tristesse un peu exagéré.

Observation VI

1er *accès de manie franche guéri au bout de 8 mois. Intermission de* 19 *mois.*

2e *accès de manie d'abord franche, puis alternatives de dépression et d'agitation. Guérison au bout de* 11 *ans* 1/2. *Intermission d'une durée de* 25 *ans.*

3e *accès de surexcitation maniaque avec affaiblissement intellectuel.*

A.-C... François, 25 ans, plâtrier, né et domicilié à B..., entré le 22 décembre 1874.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Grand'père mort âgé, marchait depuis plusieurs années avec des crosses. Père 50 ans, vivant.

Une tante a présenté, à partir de 50 ans, des troubles intellectuels caractérisés surtout par de l'affaiblissement de l'intelligence.

Côté maternel. — Mère morte à 45 ans de métrorragie. Depuis une dizaine d'années, elle était malade de la poitrine et passait la moitié du temps au lit. Grand'mère morte de vieillesse. Grand'-père mort à 45 ans d'une maladie aiguë.

Collatéraux. — Un frère mort très jeune (cause inconnue). Un autre frère mort à 30 ans tuberculeux.

Antécédents personnels et développement de la maladie. — C... F. a toujours été un esprit crédule et faible ; à l'école il apprenait difficilement, il avait la tête dure. Il a cependant appris avec facilité le métier de plâtrier.

Il n'a fait aucune maladie grave. A l'âge de 8 ou 9 ans, il eut un refroidissement qui le retint 8 ou 10 jours au lit. A l'âge de 21 ans, un jour qu'il était au café, il fut pris brusquement, sans avoir bu, d'une violente douleur dans une jambe, douleur qu'exa-

gérait le plus petit mouvement sans qu'on constatât cependant des modifications extérieures. Cette douleur le retint 4 ou 5 jours au lit dans une immobilité absolue, elle disparut complètement et définitivement 15 jours après. Ce n'est qu'à 23 ans, qu'après s'être plaint pendant quelques jours de malaise, de sensations de chaleur et de soif ardente, qu'il donna ses premiers signes d'aliénation mentale. Un matin, en se levant, il alla vers son père qui était en train de dormir, se jeta à son cou, pleura, cria, en tenant des propos incohérents sur le bon Dieu et le magnétisme. Il termina cette scène en frappant son père et quelques voisines qui étaient accourues au bruit. En le mettant au lit, on découvrit qu'il s'était donné des coups de couteau à la poitrine. Après 5 jours de surveillance, on se décida à l'enfermer à l'Asile le 29 août 1872.

A son entrée, il présenta tous les signes de la manie. L'agitation était chez lui considérable, il courait d'un côté et d'autre, gesticulait, grimpait partout, frappait les autres malades, déchirait ses vêtements, tapageait le jour et la nuit et refusait de travailler.

L'agitation dura ainsi avec des périodes de haut et de bas, jusqu'au mois de janvier 1873. A ce moment, le calme revint progressivement, et le 7 mai 1873 C... F., sortit ayant recouvré la raison.

Il resta environ 19 mois dehors. Il avait repris son travail et se montrait très raisonnable. Mais l'agitation réapparut peu à peu sans qu'on pût préciser nettement la cause de cette réapparition. Toutefois elle fut aidée par quelques excès de boisson et quelques excès vénériens. Lorsque la surexcitation commença à revenir, C... F., se mit à courir les femmes.

Evolution de la maladie actuelle. — Ramené à l'Asile le 22 décembre 1874, il présentait comme la première fois les signes de la manie.

Mais cette fois l'agitation maniaque au lieu d'aller en diminuant progressivement se caractérisa par des accès se succédant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Au début, ces accès furent intenses et prolongés. Les périodes de rémission étaient de courte durée. Il en fut ainsi pendant 6 ans environ jusqu'en en octobre 1880. A ce moment là, les accès, quoique toujours intenses, durèrent moins longtemps ; par contre, les périodes de rémission furent beaucoup plus longues durant 1 ou

2 mois. A cette époque se produisirent les modifications suivantes dans l'état du malade. Les accès intenses furent précédés par une phase de dépression. Brusquement le malade devenait triste, affaissé et très lent dans son travail. Quant on l'interrogeait sur son air de tristesse, il lui était très difficile d'expliquer ce qu'il ressentait exactement. Il ne se plaignait d'aucune douleur, ni d'aucune perversion sensorielle ; il accusait seulement un sentiment de crainte indéfinissable. Toujours il mangeait autant que par le passé et dormait bien.

Cet état de dépression durait 8 à 10 jours, quelquefois plus, quelquefois moins, puis faisait place à un accès d'agitation semblable à tous ceux qu'il avait présentés jusqu'alors.

Ces accès allèrent ensuite progressivement en diminuant, ils devinrent de moins en moins intenses, et de plus en plus courts, les périodes de rémission devenant de plus en plus longues.

Voici ce que l'on constatait en mai 1886, c'est-à-dire 11 ans 1/2 après sa seconde entrée : « Pendant deux ou trois jours C... F. est content, chante en travaillant, puis il devient triste, affaissé, se plaint tantôt d'une chose, tantôt d'une autre ; il est inquiet, irritable et parfois quitte son travail. Sa figure est un peu congestionnée, puis, un signe qu'on a constaté dans tous ces accès d'agitation se manifeste : les cheveux qui prennent leur inplantation sur le front se hérissent. Alors il s'agite, mais aujourd'hui les accès sont très faibles et peuvent même passer inaperçus le malade continuant à travailler. Ils sont d'ailleurs très courts, tandis que les périodes de rémission sont très allongées. Pendant celles-ci, C... F., semble avoir recouvré toute sa raison. Il conserve tout au plus un peu d'embrouillement intellectuel qui se constate surtout dans les lettres qu'il écrit. Malgré cela son in'elligence est évidemment conservée quant au fond. »

A partir de ce moment, C... F. n'éprouva plus que des surexcitations à peine manifestes. Les phases de dépression, quoique relativement plus marquées, n'eurent plus qu'une importance médiocre.

Comme il était devenu suffisamment raisonnable et qu'il y avait lieu de croire, d'après sa conduite à l'Asile, qu'en cas de réci-

dive, il ne serait pas dangereux pour la société, on le rendit à sa famille qui le réclamait.

Il sortit apparemment guéri le 3 juin 1886. Il se maria 9 mois après, éleva une famille et se comporta pendant 25 ans comme un homme normal. Sa femme, que nous avons interrogée avec soin à ce sujet, n'a jamais remarqué de troubles psychiques chez son mari, ni agitation, ni dépression. Ce n'est qu'au bout de 25 ans, qu'à la suite de la mort d'un de ses fils, il recommença à devenir triste et à faire des excentricités. Il fut reconduit à l'Asile le 1er août 1912 présentant, en outre d'un état de surexcitation maniaque assez marqué, un léger degré d'affaiblissement intellectuel.

Observation VII

Folie psycho-sensorielle à direction de persécution. Guérison au bout de plus de 10 *ans, se maintenant depuis plus de* 6 *ans* (1).

M. X... est un homme de 35 ans environ, sur lequel pèse une hérédité marquée, qui réalise, à un moment donné un délire des persécutions avec perversions sensorielles (hallucinations de l'ouïe, illusions de la vue) dominant la scène. Cette folie demeure active avec réactions marquées. Il s'imagine que les malades qui l'entourent, lui disent des injures, d'où des querelles, des menaces et des provocations en duel. Il voit dans les allées du parc passer sa femme et sa mère, il les entend parler. Ces troubles sont aussi actifs la nuit que le jour, et très souvent M. X... ne dort pas. Le médecin qui le soigne, affirme que le malade guérira. Quand ? il n'en sait rien, dans quelques mois, dans quelques années, mais quand les hallucinations disparaîtront le malade guérira. Les médecins qui

---

(1) Ce malade a été observé par M. le professeur Mairet, dans sa clientèle privée.

entourent le médecin en chef, à un moment donné, ne partagent plus sa manière de voir. Pour eux, la chronicité est établie, ils signalent même de l'affaiblissemen intellectuel. M. X... s'échappe de la maison de santé où il est.

On le place dans une autre où la somme de liberté est beaucoup plus grande. Là, le délire continue actif toujours; là aussi, les médecins qui soignent M. X... pensent à son incurabilité, et voient un commencement d'affaiblissement intellectuel. Cet état là persiste tel pendant plus de dix ans ; puis, à un moment donné, rapidement les troubles hallucinatoires et intellectuels s'atténuent, et disparaissent bientôt. On croit à une simple rémission, tout au plus à une intermission ; mais le délire ne revient plus. M. X... sort de l'établissement.

Depuis plus de six ans qu'il est sorti, il a repris sa vie familiale et sociale. Cette vie est assez élevée, et est assez importante au point de vue des préoccupations, et on ne s'apercevrait pas, à l'heure actuelle, que cet homme a pu être malade.

Observation VIII

Délire furieux lié à des attaques revêtant tous les caractères des attaques d'épilepsie et nées sous l'influence de l'alcool. Diminution progressive des attaques pendant les neuf premières années du séjour du malade à l'asile ; disparition de ces attaques dans le courant de la neuvième année. Marche des accès d'agitation parallèle à celle des attaques. Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue trois ans après la sortie.

B... Antoine, époux C..., 34 ans, domicilié au B... d'O... (Hérault), entré le 1er février 1879.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Père cultivateur, doux et travailleur, mais très rouge de figure, mort à 63 ans, d'une gangrène de la jambe consécutive à une plaie. Depuis un an environ présentait des tremblements dans tous les membres (on n'a pu pré-

ciser s'il s'agissait d'une paralysie agitante ou d'une sclérose en plaques.) Ne buvait pas. Grands parents inconnus.

Côté maternel. — Mère 65 ans, nerveuse et irritable.

Grands parents très vieux (90 ans). Un oncle vivant et bien portant. Neuf autres oncles ou tantes, morts fort âgés, sans avoir présenté aucune tare mentale.

Collatéraux. — Quatre sœurs mariées et mères de famille, toutes de caractère très vif ; deux d'entre elles, boiteuses (coxalgie d'enfance), très rouges de visage.

Descendants. — Deux enfants vivants et bien portants.

Pas d'épileptique dans la famille.

Antécédents personnels. — B... Antoine n'a pas eu de convulsions dans son enfance ni aucune autre maladie.

Il ne fut jamais envoyé à l'école. A 12 ans, il apprit le métier de verrier, mais d'une intelligence médiocre, il ne fut jamais un bon ouvrier. D'un caractère très entêté, il aimait beaucoup le travail, quoique sa profession fut rude et pénible. En outre, il ne souffrait pas la contradiction et se querellait volontiers pour des motifs futiles. Il fut exempté du service militaire pour surdité. Il faisait à cette époque quelques excès d'alcool, sous forme de vin, d'absinthe et d'eau-de-vie. Il ne se saoûlait cependant pas.

Il se maria à l'âge de 23 ans. Il était alors, rouge, frais et fort. A partir de ce moment, il cessa de boire de l'absinthe, mais continua à prendre du vin et de l'eau-de-vie.

Il vécut en très bonne intelligence avec sa femme.

Développement et évolution de la maladie. — Il était âgé de 29 ans, quand une nuit sa femme fut profondément étonnée de l'entendre pousser un cri, claquer des dents et présenter des mouvements désordonnés de tous les membres.

Cette crise se répéta ensuite très souvent dans les mêmes conditions.

Quelque temps après, à la suite d'une violente discussion avec son contre-maître, B... poussa un cri et tomba. A partir de ce moment, les attaques revinrent une ou deux fois par semaine. Deux ans après leur première apparition, B... fut obligé d'abandonner son travail. Les attaques étaient alors suivies de violents accès d'agitation pendant lesquels il s'emparait de tous les instruments qui tombaient sous sa main, menaçait toutes les personnes de son

entourage, brisait et cassait tout. Il accusait, alors, des hallucinations de l'ouïe. Il entendait des voix qui l'injuriaient.

Les attaques allèrent en augmentant de fréquence (on en nota jusqu'à 12 dans la même journée). Il se produisait après ces attaques, une surexcitation telle, que B... devenait furieux. Il fallait, alors, plusieurs hommes pour le maintenir.

Il fut conduit à l'asile le 1er février 1879. Il avait 34 ans.

Pendant les premiers mois de son séjour dans cet établissement, les attaques ne se reproduisent plus. Ce n'est que le 24 avril, que le malade eut des attaques qui présentaient tous les caractères des attaques d'épilepsie ordinaire et qui s'accompagnaient de violents accès d'agitation.

D'autre part, comme son intelligence semblait être radicalement affaiblie et qu'on manquait à ce moment là de tout renseignement sur ses antécédents personnels et sur le début de son affection, le diagnostic de démence épileptique fut porté par M. le professeur Cavalier.

Les semaines, les mois, les années passèrent et l'état de B... resta le même, résistant à tout traitement.

En 1879	il eut	40	attaques
» 1880	»	54	»
» 1881	»	29	»
» 1882	»	60	»
» 1883	»	64	»
» 1884	»	12	»
» 1885	»	13	»
» 1886	»	10	»
» 1887	janv.-mai	4	»

A partir de la fin mai 1887, les attaques ne se reproduisirent plus. Les accès d'agitation qui suivaient une marche parallèle à celle des attaques diminuèrent eux aussi. Un état de simple surexcitation finit par remplacer l'agitation.

Bientôt, la surexcitation s'atténua à son tour et ne se traduisit plus que par de la vivacité de caractère. Les symptômes qui avaient laissé croire à un affaiblissement radical de l'intelligence, disparurent à peu près complètement.

Craignant à cause de la gravité qu'avait revêtue la maladie de cet homme, de n'être qu'en présence d'une rémission, M. le professeur Mairet garda à l'asile, B... pendant dix mois, malgré son état d'amélioration évident. Mais ensuite, devant la persistance de l'amélioration, il se décida à faire une tentative de sortie, pensant qu'au dehors B... à la condition de continuer son traitement, serait dans de meilleures conditions de milieu.

B... sortit le 20 juin 1889.

Dans le certificat de sortie, M. le professeur Mairet décrivait de la manière suivante, l'histoire de la maladie :

« Lors de son entrée dans l'établissement, M. B... présentait des attaques qui simulaient les attaques d'épilepsie ordinaire et qui, comme il arrive souvent dans ces dernières, s'accompagnaient d'accès d'agitation violents, pendant lesquels ce malade se montrait très dangereux ; de plus, l'intelligence semblait être radicalement affaiblie. Aussi, porta-t-on le diagnostic de démence épileptique. Ce diagnostic expliquait au point de vue du pronostic, l'idée d'une maladie incurable, idée qui paraissait corroborée par les résultats, négatifs dans ce cas, du traitement général employé contre l'épilepsie.

L'état qui précède persista tel jusqu'à la fin de l'année 1887.

Les attaques d'épilepsie qui avaient diminué progressivement de fréquence disparurent bientôt complètement. Consécutivement, l'agitation que ces attaques tenaient sous leur dépendance, s'atténua elle aussi et arriva à n'être plus constituée que par un état de surexcitation légère avec irritabilité facile. Ce dernier état alla lui-même en s'atténuant et, depuis plusieurs mois déjà, M. B..., tout en restant encore d'un caractère très vif, ne peut plus être considéré comme agité. Bien plus, l'affaiblissement radical de l'intelligence qui paraissait dominer la scène au moment de l'entrée de ce malade à l'asile, subit lui-même une modification heureuse, et c'est à peine aujourd'hui si, après un examen attentif, on peut surprendre quelques signes indiquant que l'intelligence a subi une certaine atteinte dans son fond.

Tel est actuellement l'état de M. B.... Cet état peut se résumer ainsi : Disparition des attaques d'épilepsie et de l'agitation, disparition à peu près complète des symptômes pouvant faire supposer une atteinte du fond même de l'intelligence.

Depuis une dizaine de mois déjà, M. B... est dans l'état qui précède. Dans les premiers temps, étant donnée la gravité qu'avait revêtue la maladie de cet homme, nous fûmes sceptiques relativement à la persistance de l'amélioration constatée et nous nous demandâmes si nous n'étions pas en présence d'une rémission, les attaques ne devant pas tarder à apparaître.

Mais devant la persistance de l'amélioration, nous dûmes nous rendre à l'évidence et alors nous indiquâmes à Mme B..., l'état dans lequel se trouvait son mari et nous lui dîmes qu'à notre avis et sans pouvoir affirmer qu'une rechute ne se reproduirait pas, il y avait lieu, cependant, de faire une tentative de sortie, tentative qui aurait d'autant plus de chance de réussite que M. B... serait placé au dehors dans de meilleures conditions de milieu. »

Sorti de l'asile, B... a vécu jusqu'à sa mort survenue 3 ans après, sans avoir de nouvelles attaques et de nouveaux accès de délire.

Observation IX

Manie guérie au bout de 9 ans se maintenant 60 ans après la sortie

Mlle B... Judith-Antoinette, détenue, 29 ans, sans profession, née à S... (Hautes-Alpes). Entrée le 18 mars 1880.

Antécédents héréditaires. — Ils n'ont pu être établis d'une façon complète.

Côté maternel. — Mère morte (on ignore de quelle maladie). Elle était intelligente et travailleuse.

Grands parents inconnus.

Deux oncles morts. Ils n'étaient pas buveurs mais l'un d'eux était joueur : leurs enfants sont bien portants.

Côté paternel. — Père bien portant, fort, robuste, très sobre mais d'un caractère faible, se laissait gouverner par sa femme. Etait fils naturel.

Collatéraux. — Trois frères et une sœur bien portants, de caractère sérieux, célibataires.

Antécédents personnels. — B... Judith est venue au monde normalement. Elle est allée à l'école, mais n'a jamais pu apprendre à lire et à écrire. Elle avait la tête dure et ne pouvait pas, en outre, fixer son attention. Elle était de suite fatiguée et sujette à de fréquents maux de tête. Véritable tête de linotte, elle faisait le désespoir des institutrices (sœurs).

Vers l'âge de 8 ans elle quitte l'école et sa famille pour aller servir de domestique. Elle se livra alors à des travaux très rudes : elle faisait le ménage et cultivait la terre.

Elle fit, à cette époque là une chute sur la tête d'une hauteur de 4 mètres environ. Cette chute n'eut aucune conséquence fâcheuse pour elle.

Elle fut réglée à 11 ans. Elle avait au début un écoulement faible, mais la menstruation s'est faite ensuite très régulièrement.

Elle n'a jamais été malade dans le courant de sa vie.

Elle n'a fait d'excès d'aucune sorte, mais elle était excessivement légère. Elle courait un peu partout dans les champs. Elle fut séduite par son maître et eut 2 enfants qu'elle tua.

Développement et évolution de la maladie. — Condamnée le 26 juin 1879 pour ce fait, à 20 ans de travaux forcés, cette punition agit profondément sur son moral. De plus enfermée dans un établissement pénitentiaire, le changement de genre de vie produisit une modification de son état mental. Elle devint triste se lamentant d'être séparée de sa famille et demandant sans cesse son renvoi à la campagne.

Puis de l'agitation et des perversions sensorielles remplacèrent la tristesse.

Le 8 *mars* 1880, un an environ après sa condamnation, elle entrait à l'asile de Montpellier.

A son entrée dans cet établissement, on constata une surexcitation maniaque assez intense avec prédominance d'idées de persécution et avec quelques perversions auditives peu précises.

Elle ne pouvait pas préciser la nature des tracasseries dont elle était l'objet : à la maison centrale on l'ennuyait et on la contredisait.

Elle croyait entendre la voix de son père et de sa mère, mais elle

ne pouvait savoir ce que disaient ces voix qui revenaient dans le courant de la nuit et particuliérement au moment où elle passait du sommeil à la veille.

Elle était sujette, disait-elle, à des rêves fréquents. Elle avait cru à un moment donné, qu'on l'empoisonnait. Cette idée lui était venue non de perversions du goût mais de sensations abdominales et surtout de sensations de chaleur qu'elle ressentait à la suite de l'ingurgitation des aliments.

Elle se montrait, en outre très excitable, elle s'emportait vivement à la moindre contrariété et son irritation se manifestait par une grande incohérence dans les paroles et dans les actes.

Son intelligence paraissait faiblement développée : la mémoire était intacte, mais peu considérable ; le jugement de son état et de ses camarades incomplet.

Son raisonnement se faisait par grosse déduction. Elle était crédule et se laissait facilement entraîner.

Ses sentiments avaient une faiblesse spéciale ; elle paraissait craintive ; elle était très portée à la colère.

Physiquement, elle se portait bien. La nutrition était bonne, ses fonctions régulières. On notait chez elle de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : tête volumineuse, ronde, massif facial légèrement plus développé que le crâne, cheveux implantés assez bas, front plat sans bosses, oreilles mal ourlées, nez aplati à sa racine, sillons oculo-nasaux peu marqués (un peu le nez annamite sans l'ouverture des narines), dents cariées.

Pendant l'année qui suivit, l'état mental de cette malade ne subit quand au fond, aucune modification.

La surexcitation maniaque seule, perdit de son intensité, mais tout en persistant d'une manière continue pour ainsi dire ; la la cause la plus légère la réveillait.

A la moindre observation B... Judith s'emportait et se disputait. Les idées de persécution restaient les idées prédominantes de son délire ; elle s'imaginait que les autres malades lui en voulaient et la taquinaient ; elle prenait pour elle les conversations qu'avaient entre elles les personnes qui l'entouraient. A certains moments, l'agitation était plus intense qu'à d'autres.

Jusqu'en décembre 1887, les rapports quotidiens, mensuels, et semestriels montrèrent cette malade comme toujours facilement

irritable et surexcitable, s'emportant, criant, jurant et se querellant pour un rien, disant qu'on se moquait d'elle.

Toutefois on avait constaté *dès décembre* 1886 une légère amélioration dans son état. Cette amélioration alla en progressant et finit par aboutir à la guérison *en avril* 1888. A ce moment la malade était revenue complètement à elle et se rendait compte de tout ce qu'elle avait fait.

Elle racontait qu'à la Centrale les remords l'avaient prise et qu'elle était devenue irritable et excitable.

Le 3 *mai* 1888 elle sortit guérie.

L'état qu'elle présentait quand elle quitta l'établissement fut ainsi consigné par M. le professeur Mairet dans le certificat de sortie.

« Sous l'influence du traitement, la manie s'est peu à peu atténuée et a actuellement complètement disparu. Les irrégularités seules du développement intellectuel persistent, et comme elles tiennent à un état originel, elles ne peuvent naturellement être atténuées. Quoique assez marquées, ces irrégularités qui portent sur le caractère et l'intelligence proprement dite, ne le sont pas suffisamment cependant, pour constituer un état psychique nécessitant la maintenue de B... dans un établissement d'aliénés ; cette femme est revenue, en effet, actuellement, à son état intellectuel ordinaire, et par conséquent elle doit être considérée comme guérie de l'aliénation mentale qui a nécessité son admission à l'asile. »

Sortie de l'asile, B... Judith fut réintégrée à la Maison Centrale de Montpellier. Elle en sortit libérée 10 ans après. Sa guérison s'est donc maintenue pendant tout ce laps de temps au moins.

Observation X

Lypémanie suivie d'un accès de manie. — Guérison au bout de 8 ans 1/2. — Guérison se maintenant pendant 9 *ans.*

E.. Louise Magdeleine, 29 ans journalière, née et domiciliée à C.. (Hérault). Entre le 14 août 1892, d'office.

Antécédents héréditaires. — *Coté paternel.* — Grands parents inconnus.

Le père est mort jeune d'une attaque d'apoplexie.

Les frères du père vivants, en bonne santé, ont des enfants bien portants qui mariés ont, à leur tour, des enfants qui se portent bien.

Coté maternel. — La mère est morte jeune de suites de couches.

Un cousin de la mère, aliéné, est interné à l'asile.

Une tante de la mère (morte) a été aliénée.

Grands-parents inconnus.

Antécédents personnels. — A l'âge de 9 ans, ayant brûlé son jeune frère en laissant tomber une bougie qui mit le feu au berceau, E... Louise éprouva une vive frayeur qui entraîna une légère maladie dont on n'a pas pu préciser la nature mais qui n'eut pas de suites.

A 18 ans, elle eut à la mort de son père un accès de folie qui dura 2 ans, entraînant la suppression des règles.

Elle voulait se donner la mort et tenta plusieurs fois de s'asphyxier avec du charbon de bois. Elle courait les chambres en chemise, elle disait que certaines personnes lui jetaient de mauvais regards.

Elle mena ensuite une vie irrégulière. Elle eut, à 26 ans 1/2 un enfant naturel. Les suites de son accouchement ne furent pas très bonnes, et l'obligèrent à faire un séjour de 15 jours à l'hôpital.

Développement et évolution de la maladie actuelle. — Deux ans après, abandonnée par son amant elle redevint malade. Des idées de tristesse s'emparèrent d'elle. Elle voulait se jeter par la fenêtre. Elle voyait le diable et des fantômes, elle disait que le feu de l'enfer la brûlait et qu'elle ferait brûler tout le monde.

Elle fut amenée à l'asile de Montpellier le 14 août 1892.

A son entrée, le diagnostic de lypémanie fut porté par M. le Prof. Mairet.

E.. Louise s'accusait de tous les crimes de la terre, elle se disait le démon en personne. Elle entendait la voix de Dieu qui lui ordonnait de souffrir. Elle refusait de manger, prétendant qu'elle en était indigne.

Elle restait, en outre, toute la journée assise, mouillant sous elle.

Elle présenta cet état pendant 1 mois, puis elle tomba en proie à une inquiétude très marquée. Elle se mit à déchirer ses vêtements pour éloigner le feu qu'elle avait sur le corps. Elle était très apeurée, gémissait continuellement et faisait des gestes affirmatifs quand on lui demandait si elle avait vu le diable.

Cet état d'inquiétude dura 1 an 1/2 environ et fit place alors à une véritable agitation maniaque. E... Louise se mit à courir de côté et d'autre, renversant tout ce qu'elle rencontrait sur son passage, déchirant ses vêtements et ceux des malades, se déshabillant, injuriant et frappant les gardiennes, s'égratignant la figure, chantant et dansant.

Cette agitation persiste, presque sans répit, pendant près de 4 ans.

E... Louise resta ensuite relativement calme durant 1 mois puis recommença à s'agiter. Cette fois l'agitation fut plus intense ; la malade ne resta pas une minute tranquille. Elle ne cessait de taper des pieds, de chanter et de crier. Par moments elle criait si fort que sa figure se cyanosait. Les gardiennes n'arrivaient à la maintenir que très difficilement tant elle déployait de la force pour leur échapper. Elle se mit à accuser des idées de grandeur Elle se disait princesse, réclamait impérieusement des pendants et des bijoux.

Cet état d'agitation intense avec idées de grandeur dura d'une façon continue jusqu'en janvier 1901. A ce moment là la malade réalisa une maladie physique caractérisée par de la fièvre et de la diarrhée; l'agitation s'atténua alors considérablement et au bout de quelques jours disparut, laissant après elle, un peu d'affaissement. Celui-ci fut de courte durée.

A partir de février, la malade se montra calme, raisonnable et travailla régulièrement.

Le 11 juin 1901 elle sortit de l'asile.

Dans le certificat de sortie, M. le Prof. Mairet résumait ainsi, l'état de E... Louise.

« Cette malade a été pendant longtemps très agitée.

« A la fin de l'année dernière elle a réalisé une maladie physique, se traduisant plus particulièrement par de la fièvre et de la diarrhée.

« A la suite, s'est produit une atténuation considérable dans l'agi-

lation, qui a bientôt disparu et fait place à un peu d'affaissement. Celui-ci a cessé à son tour, et cette malade est actuellement calme, travaille régulièrement et paraît avoir toute la raison qu'elle avait autrefois.

« Certes, un nouvel accès est à craindre, mais, comme cette femme est actuellement calme, on peut, pensons-nous, sans inconvénient, la rendre à sa sœur qui la réclame et se charge de la soigner et de la surveiller ».

Sortie de l'asile Mlle E... Louise s'est mariée. Elle a été suivie pendant près de neuf ans après sa sortie. Elle vivait en très bonne intelligence avec son mari, et son état de santé psychique etait excellent. Physiquement elle se portait très bien aussi ; elle avait engraissé considérablement. Depuis 3 ans environ elle n'a plus été revue.

Observation XI

Lypémanie suivie d'un accès de manie. Guérison au bout de 8 ans 1/2. Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 2 ans.

M... Adélaïde-Catherine, Vve R..., 52 ans, sans profession, née à C... (Hérault), domiciliée à B... (Hérault). Entrée le 15 janvier 1884.

Antécédents. — Père mort d'une attaque à 66 ans. Mère morte tuberculeuse. Un oncle de la malade se serait pendu à la suite de pertes d'argent.

En ce qui la concerne, M... Adélaïde a manifesté toute sa vie des idées religieuses ; elle a toujours été en relations suivies avec les prêtres de sa paroisse. Mariée, elle a vécu 2 ans seulement en ménage, obligée de se séparer de son mari qui la maltraitait. Elle n'a jamais montré que de la faiblesse dans la conduite de ses affaires, donnant tout son temps à ses pratiques de dévotion. Elle dût à

un de ses cousins qui la sauva de l'expropriation de n'être pas tombée dans la misère.

Développement et marche de la maladie. — Deux mois avant son entrée à l'Asile, lors de l'établissement de la ménopause, le délire apparut.

Ce délire se caractérisa surtout par des idées de peur, à direction religieuse : elle redoutait d'aller en enfer, craignant que Dieu ne lui pardonnerait pas ses fautes. Cette crainte était si forte qu'elle faisait tomber la malade dans des crises de fureur. D'autres fois, au contraire, pour se faire pardonner, elle faisait pénitence, refusait de manger, prétendant qu'elle n'était digne que des miettes que l'on donne aux chiens.

En même temps elle avait peur qu'on attentât à sa personne, elle redoutait d'être noyée ou fusillée, elle refusait de voir les personnes étrangères à la maison. Elle ne tolérait que la vue de ses cousins, dans la maison de qui elle habitait, mais elle se tenait à l'écart, enfoncée dans quelque fauteuil, absorbée par ses préoccupations, restant la plupart du temps sans parler. Elle se laissait toutefois facilement diriger, manquant tout à fait de volonté.

Une fois à l'Asile, où elle entra *le* 15 *janvier* 1884, elle ne fit que gémir. On avait beaucoup de peine à fixer son attention. Quand on réussissait à la faire parler, elle ne parvenait que difficilement à débrouiller ses idées. La peur du diable paraissait dominer en elle.

Son état physique laissait beaucoup à désirer, elle était très amaigrie et refusait de manger. Maintenue au lit et nourrie à la sonde, elle s'améliora physiquement, mais son anxiété resta très marquée, elle se croyait damnée, elle faisait tous ses efforts pour échapper au démon dont elle ressentait les approchements dans le courant de la nuit. Elle alla ensuite toujours s'améliorant physiquement. Elle finit par consentir à s'alimenter seule et à un peu travailler, mais au point de vue psychique, elle restait sensiblement la même. Elle gardait toujours la tête baissée et elle avait tout le temps peur d'être tuée.

La maladie conserva cette forme *pendant plusieurs années, jusqu'en août* 1890 où une modification se produisit : M... Adélaïde commença alors à s'agiter. Elle se mit à devenir très loquace, à commander, à taquiner et à frapper les autres malades. Son agitation devint ensuite très intense, elle insultait les gardiennes qui

essayaient de la faire taire, chantait, dansait et relevait ses jupes, passait ses nuits à tenir des propos incohérents, se disait millionnaire, demandait à être servie à la 1re table.

Cette crise d'agitation dura *près d'un an*, puis diminua progressivement. *En septembre* 1891, elle était très calme, s'occupait à l'infirmerie ou travaillait à la couture, elle restait seulement un peu émotive ; quand on l'interrogeait, sa figure rougissait.

Son intelligence paraissait toutefois un peu affaiblie. Elle calculait très mal, elle ne pouvait pas arriver à dire les mois de l'année au rebours.

En mars 1892 on ne constata chez elle qu'un peu de surexcitation maniaque et un léger degré d'affaiblissement intellectuel. Ses propos étaient un peu désordonnés, elle faisait des erreurs de calcul ; elle était incapable de dire les mois de l'année en commençant par la fin.

En juin 1892, l'affaiblissement intellectuel qui paraissait exister après la période d'agitation, s'était notablement atténué. Il n'existait chez elle qu'un peu d'émotivité.

Comme elle demandait à retourner chez elle, on la laissa sortir *le* 9 *juin* 1892. Voici ce que disait le certificat de sortie établi par M. le professeur Mairet : « Cette malade, entrée... le..., etc., présentait les signes d'une aliénation mentale à forme lypémaniaque.

Pendant plusieurs années cette maladie a revêtu la même forme, puis une modification s'est produite, et la maladie s'est traduite sous forme de manie avec agitation considérable. Peu à peu les troubles maniaques se sont atténués, le calme s'est produit et, à part un léger affaiblissement intellectuel, Mme R... a paru avoir recouvré toute son intelligence. Pendant assez longtemps, étant donné l'ancienneté et la gravité de la maladie, nous sommes resté sceptique relativement à cette guérison, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis. Mme R..., non seulement depuis plusieurs mois est restée calme, mais encore, à part un peu d'émotivité, s'est toujours montrée pleine de bon sens, et l'affaiblissement intellectuel qui paraissait exister après la période d'agitation s'est notablement atténué.

Dans ces conditions, nous pensons que Mme R... doit sortir de l'établissement. »

Une fois sortie de l'Asile, Mme R... a continué à montrer de la

faiblesse dans la conduite de ses affaires et à donner son temps à ses pratiques de dévotion. Elle est morte au bout de 2 ans, laissant sa fortune à un ordre religieux. Toutefois, à aucun moment, elle n'a présenté d'idées délirantes.

Observation XII

Dépression mélancolique avec perversions sensorielles diverses, idées de persécution, de possession et de suicide. Guérison au bout de huit ans, se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de deux ans.

P... Emile, 43 ans, propriétaire, né à C... (Hérault), domicilié à S... P... (Hérault). Entré le 12 décembre 1899.

Antécédents heréditaires. — Coté paternel. — Grand-père et grand'mère inconnus.

Père mort à 75 ans; 6 ou 7 mois avant sa mort, à la suite de chagrins il avait perdu la raison ; il gâtait sous lui. Il ne buvait pas.

Côté maternel. — Grand-père et grand'mère inconnus.

Mère morte à 80 ans d'un congestion pulmonaire. N'a jamais présenté de troubles cérébraux.

Collatéraux. — 2 frères en bonne santé.

Antécédents personnels et développement de la maladie. — P... Emile n'a présenté aucune maladie dans l'enfance. Il était doué d'une intelligence moyenne, mais il a toujours eu un caractère sombre.

A partir de l'âge de 18 ans, il s'est montré sujet à des terreurs nocturnes. Certaines nuits, il était si apeuré qu'il demandait des personnes pour le garder. Il semblait avoir des hallucinations de la vue; il disait voir des personnes qui s'avançaient menaçantes vers lui. Pendant le jour il travaillait mais il demeurait mélancolique.

A 2 reprises, à 20 ans et à 30 ans, il a eu une période d'agitation de 15 jours, mais ce n'est que vers l'âge de 45 ans qu'apparurent

rapidement chez lui, à suite d'une émotion, les troubles délirants qui l'amenèrent à l'asile le 12 décembre 1899.

Evolution de la maladie. — A l'entrée du malade, on prit l'observation suivante :

« M. P... Emile assis devant nous, laisse sa tête s'incliner sur sa poitrine et s'abaisser de plus en plus comme celle d'une personne qui s'est endormie sur une chaise. Il ferme en même temps les yeux. Interpellé sur cette manière d'agir, il dit qu'il y a quelque chose qui l'entraîne « Elle tombe répond-t-il, mais elle ne s'endort pas ».

Son frère l'obligeait à marcher. Il lui faisait faire tout ce qu'il voulait, il l'arrêtait quand il voulait, et cela simplement par le regard, parce qu'il avait sans doute un tempérament plus fort que le sien. Mais dimanche dernier le malade a eu le dessus sur lui et a triomphé de lui rien qu'en le regardant à son tour.

Il ressentait comme des frissons quand il se trouvait ainsi sous l'influence de son frère, par moments du froid aux jambes et aux pieds pendant quelques minutes.

Dans l'oreille parfois il y avait comme du sang qu'il a eu retiré avec son mouchoir; il y sentait en même temps comme de la chaleur. Ceci rien que dans l'oreille gauche. Mais il n'entend pas de voix. Les oreilles lui sifflent, la gauche principalement; il a aussi comme des bourdonnements.

En même temps, il ressent comme une violente chaleur qui se répand sur toute la moitié gauche de son corps et s'y limite assez exactement. La partie la plus malade est en même temps la moitié gauche de l'occiput et de la nuque.

L'estomac lui fait mal comme si quelque chose lui montait. Il y a des moments où il ne peut pas respirer. Il sent alors comme le goût du sulfate de cuivre.

Par moments il sent des secousses brusques qui lui communiquent des soubresauts. Il ne sait pas si c'est le sang qui lui fait faire ça. Il lui semblait que son frère l'électrisait.

Quand il fixe quelque chose, ses yeux se troublent. Par moments il voit des éclairs lui traverser les yeux. Une seule fois il a vu des fantômes qui ressemblaient à des diables, projetant de la lumière autour d'eux, et qui ont disparu instantanément.

En même temps le travail le dégoûte. Ces temps ci il travaillait bien, mais sans goût, par force.

En outre, s'il songe à quelque chose, son esprit est obligé de s'y fixer, et « petit à petit, ça vient, ça vient, ça vient qu'il ne peut plus détacher son esprit de cette idée ». Et le plus souvent c'est une idée mauvaise qui le pousse à faire du mal, à tuer.

Il couchait avec son neveu, âgé de 7 ans. Il y a un mois environ l'idée lui est venue de le tuer. Cette idée lui est venue là, dans la cervelle, et elle était toujours là, il ne voulait pas le faire, mais il ne pouvait pas la chasser. Cette idée restait pendant 8-15 jours.

L'idée lui est venue aussi de tuer son frère. Alors quand il avait cette idée dans la tête, il pensait à se tuer, supposant qu'il éviterait ainsi un malheur.

L'autre jour il aurait pris un couteau et se serait tué. Il aimait mieux faire cela que de faire un malheur. Sa belle-sœur l'a empêché de mettre son idée à exécution. Il ne se sent pas excité. Il est déprimé triste, et ne fait que songer. La nuit sa tête travaille tout le temps.

Mémoire. — Il se sent la tête embrouillée. Il se sent comme abruti. Les idées ne se suivent pas comme autrefois.

Embrouillement intellectuel très sensible.

Ne sait pas si nous sommes en octobre ou en novembre. Ne peut énumérer les mois de l'année sans en sauter plusieurs, 9 + 8 = 17; 3 × 17 = impossible. 3 × 20 = 60 ; 3 × 18 | 18 + 18 = 36; 36 + 18 = ; 36 + 4 = 40; 40 + 14 = 74, ne peut calculer.

Physiquement. — Artériosclérose marquée.

Zône sous mammaire gauche d'hypéresthésie très marquée. La pression y détermine une douleur très vive.

Dans la fosse iliaque gauche, la pression détermine une douleur moins vive et moins exquise que la précédente. Le long de la colonne vertébrale, en des points déterminés, de même que le long du bord spinal de l'omoplate gauche, points également douloureux.

Sensibilité conjonctivale diminuée.

Réflexes cornéen et pharyngien conservés.

Réflexes rotuliens diminués.

Le diagnostic porté par M. le professeur Mairet fut celui de : « dépression mélancolique avec perversions sensorielles diverses,

idées de persécution. Sur ce fond naît à certains moments une idée fixe surtout à direction homicide ».

Deux ans après le malade était toujours dans le même état. Il était triste, pensif, il se plaignait beaucoup de la tête. La nuit il se levait et restait debout devant sont lit. A certains moments il avait des secousses sur tout le corps comme si on le piquait avec quelque chose.

Cet état dura avec des périodes d'inquiétude plus ou moins marquée jusqu'en 1905. A cette époque là il parut moins tourmenté mais il restait toujours triste et silencieux, ne fréquentait personne, s'asseyait à l'écart de tous ses compagnons, semblait indifférent à tout ce qui l'entourait.

Pendant toute *l'année* 1906 les rapports quotidiens le montrent comme recherchant la solitude, ne parlant que pour les besoins du service et restant indifférent à tout ce qui se faisait et se disait autour de lui.

Ce n'est *qu'en janvier* 1907 qu'il devint un peu sociable. Il se mit à causer à ceux de ses compagnons qui lui adressaient la parole et à faire quelques parties de cartes avec les autres malades.

A partir de ce moment son caractère s'ouvrit de plus en plus : il causait volontiers, ne fuyait pas les occasions de se distraire.

Toutefois *en septembre* 1907 il lui arrivait parfois de s'isoler encore par moments en prenant un air triste et pensif. Mais bientôt après, ces derniers accès de tristesse disparurent et P... Emile revint à son état normal. Il se rendait compte d'avoir été malade et reconnaissait lui-même qu'il était guéri.

Il sortit le 5 février 1908. Le certificat de sortie établi par M. le professeur Mairet était le suivant: « Lors de son entrée dans l'établissement M. P... était un déprimé mélancolique avec idées très marquées de suicide. Longtemps sa maladie est restée dans le même état, et, à un moment donné, une amélioration s'est produite qui est allée progressivement en s'accentuant; et, aujourd'hui, cet homme peut être considéré comme guéri ».

M. P... est mort 2 ans après sa sortie d'une bronchite tuberculeuse, mais pendant les 2 années passées au milieu des siens il a fait son travail absolument comme avant d'être malade. Il raisonnait d'une façon parfaite. Rien dans sa conduite ni dans ses propos

ne faisait soupçonner sa maladie antérieure. Ses parents le considéraient comme guéri.

Observation XIII

Lypémanie. — Guérison au bout de 7 ans, se maintenant 10 ans après la sortie

D... Annette, détenue, 31 ans, née à St-J... (Vienne), domiciliée à C... (Isère). Entre le 6 mai 1867.

Antécédents. — Pas de renseignements.

D... Anne a commencé à donner des signes d'aliénation mentale 3 mois avant son internement. Cette aliénation mentale paraissait devoir être attribuée, d'après le médecin de la maison centrale au chagrin que provoquait l'emprisonnement.

A l'entrée de D... Annette à l'asile, *le 6 mai 1867*, M. le professeur Cavalier porta le diagnostic de lypémanie.

Tous les certificats semestriels de 1867 *à juin* 1873 maintinrent le diagnostic de lypémanie et n'indiquèrent aucune modification dans l'état de la malade.

En *décembre* 1873 on constata une amélioration.

Le 3 *mai* 1874 la malade sortit guérie. Le certificat de sortie suivant indiquait nettement la forme, la durée prolongée et la guérison de la maladie.

« Cette malade atteinte de lypémanie, a éprouvé depuis un an environ une amélioration lentement progressive, que nous avons d'ailleurs signalée dans les états trimestriels et qui a conduit finalement D... à la guérison. Cette détenue est actuellement et depuis quelque temps raisonnable. »

A sa sortie de l'asile, D... Annette retourna à la Maison Centrale de Montpellier. Elle fut libérée le 28 mai 1884, 10 ans après sa sortie. Cette malade n'étant pas retourné à l'asile, il faut croire que sa guérison s'est maintenue pendant les 10 années qui ont suivi sa sortie et précédé sa libération.

Observation XIV

Manie intermittente. 1er accès, guéri au bout de 16 mois. Intermission de 15 ans.

2e accès de manie avec prédominance d'idées de persécution se rattachant à des illusions des divers sens et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe. — Guérison au bout de 2 ans. — Intermission de 5 ans et 1/2.

3e accès de manie avec agitation. — Guérison au bout de 6 ans et et 1/2. — Intermission de 9 ans.

4e accès de manie avec affaiblissement intellectuel.

D... Rosalie, épouse F..., 42 ans, ménagère, née à L... (Gard). Entrée à l'asile le 8 septembre 1894 (d'office).

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Grands parents inconnus.

Père mort d'un accident (chute sur le côté); avait plus de 70 ans, n'avait pas été un buveur.

Une tante et six oncles morts âgés, sans tare mentale.

Côté maternel. — Grands-parents inconnus.

Mère morte de couches à 40 ans, était chétive, tuberculeuse, aurait présenté à un moment donné des troubles de l'intelligence.

Un oncle bien portant ; a une fille bien portante.

Collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants.

Un frère qui se porte assez bien actuellement mais qui a eu pendant un mois des maux de tête accompagnés de délire à la suite d'une frayeur.

Antécédents personnels. — Dès l'âge de 3 ans, D... Rosalie se montrait sujette à des peurs nocturnes qui persistèrent durant toute son enfance.

Elle voyait dans sa chambre des éclairs.

Elle ne fut réglée que très tard vers l'âge de 18 ans ; ses règles n'étaient régulières qu'en été ; elles manquaient en hiver.

Elle était menstruée depuis un an, lorsque, jetée un soir à la porte par ses maîtres elle eut son premier accès de folie.

Elle fut internée à l'asile de Mondevergues, où l'on porta le diagnostic de manie. Elle y séjourna 16 mois.

A 28 ans elle se maria mais ne devint grosse que 7 ans après. Pendant sa grossesse elle eut durant les derniers mois les jambes enflées et quelques douleurs auxquelles elle n'attacha aucune importance. L'accouchement fut long, sanglant, difficile. L'enfant avait séjourné 10 mois 1/2 dans l'utérus et le forceps dut être employé pour l'extraire.

Deux jours après, dans la nuit, elle chercha dispute à son mari lui reprochant son inconduite.

Ce fut le début d'un 2e accès de folie.

Elle fut conduite à l'asile de Montpellier, où M. le professeur Mairet porta le diagnostic de manie avec prédominance d'idées de persécution se rattachant à des illusions de divers sens et plus particulièrement de la vue et de l'ouïe.

Cet accès de manie dura 2 ans environ.

Entrée le 17 janvier 1887 elle sortit le 10 janvier 1889.

De retour chez elle elle avait retrouvé son état normal.

Elle était très calme, très douce et faisait très honnêtement son service de domestique.

Pendant 6 ans elle ne donna aucun motif d'inquiétude.

Vers la fin du mois d'août 1894, la maladie et la mort de son mari provoquèrent chez elle un troisième accès de folie.

Elle fut conduite de nouveau à l'asile de Montpellier le 8 septembre 1894.

Marche du 3e accès. — A sa rentrée dans cet établissement le diagnostic de manie avec agitation fut porté par M. le professeur Mairet.

La malade était très agitée, elle ne pouvait rester en place, courait d'un côté à l'autre, déchirait ses vêtements.

L'agitation psychique était aussi intense que l'agitation motrice, il n'y avait aucune suite dans ses idées et dans ses propos.

Cet état d'agitation persista avec la même intensité jusqu'au mois de janvier 1895. Vers les derniers jours de ce mois elle com-

mença à se montrer un peu calme, à mieux raisonner et à travailler un peu mais cette amélioration fut de très courte durée. Vers le milieu du mois de février elle recommença à s'agiter.

A partir de cette date jusqu'en mars 1899, les rapports quotidiens la montrèrent comme n'ayant presque jamais un moment de repos, allant de côté et d'autre, dansant, criant, chantant, tenant des propos décousus, se querellant volontiers avec les autres malades et dormant mal la nuit.

Dans les premiers jours de mars 1899 et janvier 1900 elle com-commença à se calmer un peu. Dans les mois qui suivirent elle se montra de plus en plus calme mais vers le mois de septembre, elle recommença à s'agiter comme par le passé.

En novembre-décembre 1899 et janvier 1900 elle fut plus calme.

En février 1900, elle fut reprise d'un nouvel accès d'agitation qui persista jusqu'en août.

A partir de ce moment elle devint un peu plus calme, elle se montra ensuite de plus en plus raisonnable.

En mai 1901 elle était considérée par M. le professeur Mairet comme étant en état d'intermission.

Le 30 juillet 1901 elle sortait de l'asile.

Pendant 9 ans Mme F... a vécu calme et raisonnable dans son village où elle s'occupait à des travaux des champs chez divers propriétaires. Pendant un voyage à Lourdes elle tomba malade et fut reconduite à l'asile où elle est encore maintenue pour manie avec léger affaiblissement intellectuel.

Observation XV

Manie intermittente. Intermission de 9 ans environ après un accès guéri au bout de 6 ans

R... Jean-Martin, 43 ans, brigadier-forestier, né à Avène (Hérault), domicilié à Montpellier, entré le 2 mai 1868, d'urgence.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Père buveur, mort âgé du chagrin de voir son fils interné à l'asile.

Côté maternel. — Mère âgée de 86 ans, très robuste campagnarde, sans aucune maladie.

Collatéraux. — Une sœur morte à 16 ans, de complications de plaie (scrofuleuse) ; 4 frères, trois morts : un noyé, à la guerre (Sébastopol), les deux autres en bas-âge. Le suivant est rhumatisant et a eu de son mariage, une fille bien portante.

Un oncle paternel, buveur, mort, laisse un fils à caractère exalté, volcanique, d'après la personne qui donna les renseignements.

Une tante maternelle, 80 ans et plus, avait une plaie en suppuration continuelle à la jambe ; a eu deux filles, l'une admirable au physique et au moral, morte, l'autre monstrueuse au physique et assez bien douée sous le rapport de l'intelligence.

Antécédents personnels et développement de la maladie. — Son père étant maçon, il l'aida dans ses travaux jusqu'en 1846, époque à laquelle il fut pris par la conscription et incorporé au 49e de ligne.

Avant d'être militaire, il avait joui d'une bonne santé et sauf la gale qui, paraît-il, était en permanence dans sa famille, il n'avait jamais contracté aucune maladie.

Mais déjà, il aimait à prendre quelques petits verres quand ses moyens le lui permettaient et, au régiment, son penchant pour les liqueurs ne fit que croître, sans cependant qu'il fut arrivé souvent à l'état complet d'ivresse. Etant en garnison à Mâcon, il contracta une chaude-pisse et il entra pour ce fait à l'hôpital militaire de la Charité de Lyon, où il resta un mois. Ce fut sa première étape dans les hôpitaux.

En 1881, à Paris, à la suite de fatigues, il se sentit pris de vertiges, d'éblouissements subits : son caractère changea tout à coup : il devint défiant et rancunier ; il s'emporta pour la moindre des choses. Un allemand l'insulta un jour dans la rue, et il essaie de le tuer, etc. Enfin un autre jour, étant sergent de garde, il voit tomber un individu du haut de la colonne de Juillet : il a peur qu'on le prenne pour l'assassin et il perd complètement la tête. Un officier qui le rencontra le fit conduire au quartier et de là on l'envoya au Val de Grâce où il resta pendant cinq mois. Les premiers jours qu'il est dans cet établissement, il est fou furieux, il casse tout, il brise chaises, tables, etc... peu à peu il se calme et en 1851, au

moment de sa libération, on l'envoya à Charenton, mais à peu près guéri, dit-il lui même. On le garda cependant 10 mois à Charenton. Là, il se croit parent du roi, il se croit sequestré pour raison politique. Il ne cesse de manifester contre l'empire et contre Napoléon III. La politique a d'ailleurs joué un assez grand rôle dans sa vie : il était assez instruit, lisait beaucoup de journaux, et s'était toujours montré ardent royaliste.

En 1852, il sortit de Charenton, complètement rétabli et retourna chez son père dans son pays natal. Il resta deux ans à travailler à la propriété, puis sa santé entièrement revenue, et, grâce à ses bons antécédents, il fut accepté comme garde forestier, en 1852 et nommé garde sédentaire en 1854, à Montpellier. Jusqu'en 1868 tout alla bien ; marié et père de plusieurs enfants, il était très heureux. Mais, vers cette époque, il perdit deux petites filles rapidement ; il commença à s'adonner à la boisson pour s'étourdir et consomma un grand nombre de verres d'absinthe, vermouth, bitter, etc.

Sa passion pour la politique le reprit. L'argent vint à manquer à la maison. Il tomba dans l'inquiétude la plus vive. On le fit entrer le 2 mai 1868, à l'asile d'aliénés de Montpellie.

Marche de la maladie actuelle. — A son entrée dans cet établissement, il présente tous les signes de la manie : il chantait, faisait du tapage, déchirait ses vêtements, parlait à tort et à travers ; son agitation était intense.

L'agitation se continua pendant cinq ans avec la même intensité. A partir de ce moment, on constate une amélioration qui alla progressivement en s'accentuant. Voici d'ailleurs en quels termes M. le professeur Cavalier résuma dans le certificat de sortie, daté du 8 mai 1874, l'histoire du malade :

« Ce malade atteint de manie avec avec agitation, est resté longtemps dans la même situation ; il s'est produit enfin un peu de calme, mais l'incohérence dans les paroles et même dans les actes est demeurée considérable ; des signes de démence se sont manifestés. L'état de M. R... s'est maintenu ainsi pendant plusieurs années, et il y avait beaucoup à craindre que l'incurabilité fut établie.

Cependant, il y a environ un an, nous avons remarqué que la maladie de M. R... semblait entrer dans une voie rétrogade : les progrès dans ce sens ont été excessivement lents et n'ont pu

être saisis que lorsqu'on a comparé des époques assez éloignées. Ces progrès se sont dessinés plus nettement dans ces derniers mois si bien qu'actuellement on peut considérer M. R..., comme étant en convalescence.

Le résultat réalisé dans de telles conditions est extraordinaire et véritablement remarquable. Dans tout le cours de notre carrière médicale, à peine avons-nous pu observer deux ou trois exemples analogues. Cette circonstance devrait donc inspirer quelque réserve et rendre plus prudent au sujet de la sortie qu'au point de vue de l'intérêt du malade, nous regardons comme prématurée.

C'est dans ce sens que nous avons donné des conseils à Mme R..., mais celle-ci ayant pris malgré tout la résolution définitive de réclamer la sortie de son mari et M. R... ayant cessé depuis fort longtemps d'être dangereux, nous ne pensons pas qu'on puisse le retenir davantage dans l'Etablissement. Nous ajouterons même qu'il est possible que la guérison s'achève et se consolide au sein de la société.

R... sortit le 10 mai 1874.

Les prévisions de M. le professeur Cavalier se réalisèrent en partie. Quelques mois après sa sortie M. R... était parfaitement raisonnable. Il reprit ses fonctions dans l'administration des forêts. Il conserva ces fonctions jusqu'en décembre 1882 époque à laquelle il fut admis à faire valoir ses droits à la retraite. Il se retira alors chez sa fille institutrice à Cette. Là, il occupa ses loisirs à boire et à fumer. Il ne tarda pas à retomber dans un état de surexcitation considérable. Le 7 juillet 1884, il fut ramené à l'asile où le diagnostic de manie alcoolique fut porté par M. le professeur Cavalier. Cette fois la maladie ne fit qu'empirer et 7 ans après son entrée, M. R... succombait à une attaque épileptiforme.

Observation XVI

Folie psycho-sensorielle à direction de persécution et de grandeur avec perversions sensorielles. Guérison, liée à la ménopause, au bout de plus 6 ans, se maintenant depuis 11 *ans environ.*

M... Marie-Catherine, épouse G..., 38 ans, sans profession, née à St-S... (Loire), domiciliée à M... et B... Entrée le 9 mars 1897 d'office.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier du côté des grands parents. Mère rhumatisante. Père buveur, se saoûle de temps en temps. Un frère nerveux, vif et emporté, mais n'a jamais présenté aucune manifestation morbide.

Antécédents personnels et développement de la maladie. — Les renseignements manquent sur la première enfance de M... Catherine. Vers l'âge de 8 ans, elle a eu une maladie nerveuse dont la nature et la durée n'ont pu être précisées. Tout ce que l'on sait, c'est qu'il y aurait eu de l'apeurement.

Elle a toujours été très émotive, elle pleurait facilement. A l'école, elle fut une bonne élève, apprenant avec beaucoup de facilité.

Elle ne fut réglée que vers 16 ou 17 ans. Ses règles ont toujours été irrégulières, peu abondantes, et se sont accompagnées de migraines.

Elle s'est mariée à 22 ans; elle a eu 8 enfants et une fausse couche dans l'espace de 11 ans; cinq de ses enfants sont vivants et bien portants; 3 sont morts en bas-âge. Tous ses accouchements, sauf le dernier, ont eu des suites normales. Après celui-ci, elle resta 15 jours avec un état mental troublé. Elle était d'une humeur bizarre, passait de longues heures sans rien dire, dormait peu et avait des visions pendant la nuit. Un traitement reconstituant fit tout rentrer dans l'ordre.

Evolution de la maladie. — Un an après, 10 février 1896,

les idées bizarres revinrent. Elle resta tout un mois au lit, sous prétexte qu'elle avait froid sitôt qu'elle était levée. En même temps elle souffrait de l'estomac, mangeait peu, dormait mal, le sommeil était entrecoupé de cauchemars. Son caractère devint de plus en plus irritable.

Le printemps venu, elle se leva, mais courait d'ici de là, réclamant des soins, prétendant qu'on ne la soignait pas. Elle croyait que son mari voulait l'empoisonner.

Elle voulut ensuite coucher seule, changea constamment de chambre, sous prétexte qu'elle avait des visions et des cauchemars.

Elle cessa graduellement de s'occuper de ses affaires et se mit à écrire à toutes ses connaissances des lettres qui se terminaient par une collection d'insultes.

Elle fut internée à l'asile de Montpellier *le 9 mars* 1897.

A son entrée, elle accusa des perversions sensorielles et un délire assez incohérent dans lequel prédominaient les idées de persécution et de grandeur. Elle s'imaginait avoir été, étant jeune, emmasquée par un prêtre qui lui aurait prédit qu'elle aurait un jour des dons particuliers et qu'elle s'allierait avec des familles royales.

Elle subissait un véritable martyre. Une certaine dame C... s'était acharnée après elle. On la poussait à tromper son mari, à aller avec d'autres hommes ; on la rendait follement amoureuse. On lui avait fait voir la nuit alors qu'elle était couchée et n'était pas encore endormie, des hommes et le diable qui lui avait sauté dessus. Elle avait le téléphone dans les oreilles, elle entendait des cris, des sifflements et des injures. Elle avait des mauvaises odeurs dans le nez et des goûts désagréables dans la bouche.

On nota chez elle des stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie faciale : sillon naso-génien peu marqué à droite, commissure labiale gauche plus haute que la droite, côté droit plus petit que le gauche ; oreilles mal ourlées).

Cet emmasquement continua sans répit pendant *cinq ans environ*. La malade ne cessait de se plaindre d'être persécutée et surtout pendant la nuit ; elle avait des rêves durant lesquels des individus venaient lui parler de différentes choses, l'excitaient génésiquement et se livraient sur elle à des actes immoraux. Dans le courant de la journée, ces idées-la poursuivaient. Elle accusait des

perversions de la sensibilité générale et de la sensibilité génésique, elle souffrait de l'estomac et des jambes et se plaignait surtout d'être tourmentée du côté du bas ventre. Elle se disait toujours destinée à devenir reine.

Ce n'est que vers le mois de *juin* 1902, époque à laquelle ses règles qui, depuis le début de la maladie étaient irrégulières, cessèrent définitivement, que son état commença à s'améliorer. L'amélioration alla ensuite progressivement en s'accentuant, les perversions sensorielles disparurent une à une ; les idées délirantes s'atténuèrent considérablement.

En décembre 1902, la malade niait énergiquement toute perversion sensorielle, se rendait compte d'avoir été hallucinée et riait de ses anciennes hallucinations : elle n'avait plus d'emmasquement ni d'idées de grandeur mais elle n'était pas sûre que ses idées soient contraires à l'expression de la vérité. Comme cette tendance au supernaturalisme semblait avoir toujours existé chez M... Catherine, M. le professeur Mairet la laissa sortir le 22 *décembre* 1902.

Le certificat de sortie rédigé par M. le professeur Mairet était le suivant : « Mme M... était atteinte d'une aliénation mentale à direction de délire des persécutions et de grandeur, avec perversions sensorielles. Cette maladie avait, par nombre de ses symptômes, les caractères de l'incurabilité et sa durée justifiait cette manière de voir. Cependant il y a quelques mois une amélioration s'est produite dans l'état de Mme G... Cette amélioration est allée progressivement en s'accentuant et, naturellement, les différentes idées délirantes et les perversions sensorielles que présentait cette malade ont disparu. Au premier abord, la guérison paraît complète ; cependant, lorsqu'on va au fond des choses, on aperçoit que les racines de la maladie persistent encore, sous forme, plus particulièrement, d'idées de supernaturalisme : d'ailleurs toute la vie, M. G.., a eu des tendances dans cette direction. La guérison ne peut donc être regardée comme absolument complète mais elle est suffisante pour que Mme G... puisse être rendue à son mari qui la réclame. »

On sait par des compatriotes de Mme G... qui viennent fréquemment à l'Asile, que depuis sa sortie cette ancienne malade continue à se bien porter et s'occupe avec beaucoup de soin de son intérieur.

Observations XVII

Manie avec accidents choréiques liée à l'évolution pubérale. Guérison au bout de 5 ans 1/2, se maintenant 20 ans après sa sortie.

F... Marcière Paul-Auguste 18 ans, cultivateur, né et domicilié à R... (Hérault). Entre le 10 janvier 1885 d'office.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Grand-père mort à 60 ans de rétention d'urine.

Grand-mère buvait un peu, morte d'entérite.

Père 45 ans robuste buvait beaucoup a abandonné sa famille pendant 7 ans, paresseux, mauvais caractère cherchait fréquemment dispute à sa femme ; a été interné sur ses vieux jours pour démence sénile.

Un oncle 38 ans, tuberbuleux, s'amusait beaucoup, a fait de nombreux excès génésiques.

Une tante, 36 ans bien portante, avait une fille qui est morte de la poitrine à 19 ans ; a 4 autres filles bien portantes.

Coté maternel.— Grand père mort d'accident ; c'était un homme raisonnable. Grand-mère morte à 55 ans de fluxion de poitrine.

Mère 43 ans, sujette aux érysipèles, bégaie un peu en parlant ; à 24 ans, a fait un séjour de 6 mois à l'asile pour lypémanie, n'a eu aucun retour de son aliénation mentale qui était survenue à la suite d'une frayeur provoquée par la mort subite de sa sœur.

Grand oncle mort aliéné.

Antécédents personnels. — Fils unique, venu au monde très régulièrement. Tient plutôt de la mère que du père. Intelligence assez bonne dans l'enfance, a été à l'école et sait bien lire et écrire ; ne passait ni pour un naïf ni pour un espiègle ; s'est occupé depuis qu'il est sorti de l'école (10 ans) à des travaux des champs et à garder des brebis.

Développement et marche de la maladie. — En juillet 1882, F...

Marcière mit le feu par gaminerie à des herbes ; le feu gagna un gros amas de bois et le malade fut fort épouvanté ; à la suite de cette frayeur on a d'abord remarqué des gestes et des grimaces bizarres, peut-être choréiformes ; le malade restait assis, riant tout seul, facilement irritable, et par moments se levait, courait, sautait et grimaçait. Il resta un mois dans cet état, au bout de ce temps il fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, avec symptômes cérébraux prononcés (délire, soubresauts). Il guérit mais la convalescence fut lente ; elle n'était pas achevée que les grimaces et mouvements bizarres réapparurent avec une irritabilité marquée ; depuis cette époque la maladie a eu une marche lentement progressive.

Le caractère devient violent ; le malade menaça plusieurs personnes et poursuivit, armé d'une pierre, des voisins. Les parents se décidèrent à l'interner ; il fut conduit à l'asile de Montpellier le 10 janvier 1885.

A son entrée, F... Marcière présenta tous les signes de la manie ; il faisait du tapage, chantait, déchirait ses vêtements, ne reposait pas la nuit.

Son agitation offrait toutefois certains caractères particuliers : le besoin absolu de mouvement se traduisait par des courses à travers la cour, par des sauts répétés et par des cris ressemblant absolument à des aboiements. On constatait en outre des mouvements choréiques surtout marqués au niveau des membres inférieurs.

L'agitation se continua. En mai 1886, elle se traduisait par des cris semblables à des aboiements et par des mouvements choréiques qui avaient gagné les membres supérieurs. Le besoin de courir était moins intense. Par contre F... accusait des perversions de l'ouïe. Il se plaignait de bourdonnements d'oreilles, il prétendait qu'il entendait des voix qui lui disaient des bêtises et l'obligeaient à rire.

En novembre 1887, on constata une amélioration dans son état physique et mental. Il avait engraissé, grossi, s'était fait homme ; les mouvements choréiques avaient diminué, ils n'existaient plus qu'au niveau des membres supérieurs. Le besoin de sauter, de courir et de pousser des cris ne se faisait plus sentir. Son sommeil n'était plus troublé.

Il restait seulement un peu surexcité, taquinait volontiers les autres malades mais travaillait assez régulièrement.

Il n'accusait plus de perversions sensorielles.

En avril 1888, les mouvements choréiques avaient complètement disparu, mais F... restait toujours taquin.

Comme sa mère le réclamait, il sortit le 20 avril 1888 considéré par M. le professeur Mairet comme étant en état de convalescence avancée.

F... Marcière a été revu 20 ans après sa sortie, un jour qu'il revint à l'asile pour y accompagner son père atteint de démence sénile. Il était devenu un homme posé, et paraissait tout à fait normal. Il déclara que depuis sa sortie il allait tout à fait bien. Il avait monté un petit commerce et prospérait dans ses affaires.

Observation XVIII

Délire lié à des attaques d'épilepsie fréquentes, disparaissant lorsque les attaques disparaissent sous l'influence du traitement. — Guérison au bout de 5 ans se maintenant jusqu'à la mort survenue 14 ans après la sortie.

B... Marie, épouse D..., 26 ans, sans profession, née à Lassalle, département du Gard, domiciliée à Montpellier (Hérault), d'office. Entrée le 5 mars 1887.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Grand-père mort à 40 ans de pneumonie. Grand'mère morte à 75 ans des suites d'une attaque d'apoplexie qui l'avait laissée paralysée.

Père, 55 ans, a eu la teigne étant enfant, souffre continuellement de la tête ; a des fluxions de poitrine. Est d'un caractère vif mais n'a jamais fait d'excès de boisson.

Quatre oncles ou tantes : un oncle est mort à 18 ans de fièvre cérébrale, une tante est morte à 12 ans (cause inconnue) ; une tante, 58 ans, a cessé d'être réglée à 30 ans, est sujette 5 à 6 fois

par an à des érysipèles ; est d'un caractère gai ; une tante morte à 50 ans de bronchite, avait un excellent caractère.

Coté maternel. — Grand-père mort à 78 ans ; avait des varices et une bronchite chronique. Etait d'un caractère doux et très travailleur.

Grand'mère morte à 75 ans de fluxion de poitrine ; s'emportait facilement.

Cinq sœurs de cette grand'mère étaient très vives. Elles avaient des crises nerveuses fréquentes, mais ne perdaient jamais connaissance ; elles sont mortes très vieilles.

Mère âgée de 48 ans ; a eu des croûtes à la tête quand elle était enfant ; n'a jamais eu de maladie excepté des maux de tête persistants.

Cinq oncles ou tantes ; une tante morte à 32 ans de suites de couches, était très anémique ; un oncle mort à 25 ans à Sébastopol, était bien portant. Les autres sont morts jeunes (on ignore de quelle maladie) mais n'ont jamais présenté de convulsions.

Collatéraux. — Un frère mort à 2 ans d'une affection de poitrine ; une sœur morte à 5 ans du croup. L'un et l'autre ont eu la teigne.

Nota. — Le père et la mère de la malade sont cousins germains (le grand-père paternel est frère de la grand'mère maternelle.

Antécédents personnels. — B... Marie est venue au monde normalement. Elle n'a pas eu de convulsions étant enfant, mais de bonne heure elle a eu des croûtes à la tête qui ont persisté jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle a toujours été maladive (fluxion de poitrine à 8 ans, une autre à 10 ans, une rougeole à 16 ans, une variole à 17 ans, le ver solitaire à 21 ans).

Dès l'enfance, elle a fait preuve d'un mauvais caractère ; elle était en outre très paresseuse.

Elle fut réglée à 14 ans. Sept mois avant l'apparition des règles elle eut un soir en se mettant au lit une sorte d'attaque. Elle ne poussa pas de cri, mais elle perdit connaissance ; elle ne présenta que de l'enraidissement des membres. Revenue à elle, elle ne se montra pas plus fatiguée que d'habitude et reposa bien toute la nuit.

L'apparition des règles n'entraîna que de la fatigue, mais ensuite, chaque période menstruelle fut suivie d'une attaque très courte con-

sistant seulement en quelques mouvements toniques et cloniques. A partir de ce moment, un traitement bromuré fut institué.

Quelques temps après, les attaques devinrent indépendantes des menstrues, et se produisirent à des époques variables.

Elles étaient précédées soit par une sensation de boule montant de l'épigastre, soit par une sensation de constriction thoracique. D'autres fois c'était une sensation de froid et de chaud qui permettait à la malade de prévoir 2 ou 3 jours à l'avance ses attaques qui revenaient surtout le matin.

A 23 ans, B... Marie-Louise se maria ; les attaques devinrent alors beaucoup plus fréquentes, puis elle accoucha d'un enfant bien portant qui, mis en nourrice mourut un mois après. Elle resta alors pendant un intervalle assez long sans avoir d'attaques.

Développement et marche de l'aliénation. — Mais à peine relevée de couches, B... Marie-Louise fut brutalisée et abandonnée par son mari. Les attaques réapparurent plus nombreuses (cinq dans une matinée) et s'accompagnèrent d'une agitation considérable. Elle fut envoyée à la salle d'observation de l'hôpital général et de là à l'asile de Montpellier où elle entra *le* 4 *mars* 1887.

La première nuit de son entrée, elle eut 5 crises convulsives qui présentèrent les caractères des attaques comitiales. Elles s'accompagnèrent d'un cri initial, de perte de connaissance, de mouvements toniques et cloniques, d'écume à la bouche et d'émission d'urine.

Ces attaques entraînèrent après elles un égarement et une agitation considérables : la malade ne savait pas où elle était, paraissait très apeurée, ne voulait pas rester au lit, tirait les couvertures, refusait d'obéir et prononçait des paroles grossières.

Au bout de 5 à 6 jours, l'agitation et l'égarement avaient beaucoup diminué et on put examiner la malade.

Sa physionomie paraissait être plutôt celle de l'hystérique que de l'épileptique ; sa face changeait facilement d'expression, se colorait volontiers. Elle paraissait satisfaite qu'on s'occupât d'elle et se froissait pour un rien.

Tout dans sa manière d'être et dans sa mise rappelait l'hystérique.

On notait en outre quelques stigmates permanents de l'hystérie : il existait un point douloureux au niveau de la région sus-scapu-

laire gauche. La pression au niveau des ovaires était douloureuse, mais ne provoquait pas de crises. La face interne du bras était anesthésiée. Elle avait beaucoup de peine à désigner le jaune et confondait le rouge avec le rose. Le champ visuel était diminué en haut et surtout en dedans. Elle accusait de la diplopie.

Elle se plaignait de douleurs de tête mais surtout de douleurs frontales et d'une boule qui lui montait du bas-ventre et l'étouffait.

Mais on notait une défectuosité dans l'articulation des mots qui se rapprochait du bégaiement épileptique.

Elle fut soumise néanmoins au traitement bromuré.

Quelques mois après, la plupart des signes de l'hystérie disparurent; on ne nota plus que 2 points douloureux au niveau des régions sous-mammaires droite et gauche.

Quant aux attaques, elles continuèrent avec les mêmes caractères se répétant certains jours jusqu'à 3 et 4 fois et s'accompagnant toujours d'égarement et d'agitation qui persistaient plusieurs jours. Dans l'intervalle des périodes d'attaque et d'agitation, elle restait très irritable et conservait une figure dure et entêtée.

Pendant la première année de son séjour, ses attaques furent au nombre de 60, mais sous l'influence du traitement, elles étaient allées en diminuant. Alors que pendant les 4 premiers mois, elle en avait eu une moyenne de 12 par mois, dans les 8 derniers elle n'en avait eu que 2 par mois.

Durant la deuxième année de son séjour, on constata une atténuation très considérable du nombre des attaques et, consécutivement, une amélioration de son état mental. Durant cette 2me année elle n'en eut que 5 ; néanmoins elle était toujours méchante, frappait volontiers les autres malades, refusait d'obéir aux gardiennes et les insultait grossièrement.

Pendant la quatrième année, les attaques furent encore moins nombreuses ; il n'y en eut que trois. Mais la malade conservait quoique très atténuées, une excitabilité et une irritabilité constantes.

La quatrième année, les attaques furent plus nombreuses ; elles s'élevèrent ou nombre de 9.

La cinquième année il n'y en eut que 4 qui se produisirent dans les premiers jours de janvier.

A partir de ce moment les attaques ne se produisent plus. Les troubles délirants disparurent à leur tour. B... Marie *resta une année de plus à l'asile* sans avoir une seule attaque. Elle ne conservait qu'une facile irritabilité qui était antérieure aux attaques et que celles-ci avaient seulement un peu exagérée.....

Elle sortit le 28 février 1893.

Dans le certificat de sortie l'état de la malade était ainsi décrit par M. professeur Mairet : « Madame B... épouse D..., atteinte d'épilepsie avec attaques nombreuses et délire consécutif, a, sous l'influence du traitement, subi une amélioration très considérable.

Les attaques qui revenaient jusqu'à trois, quatre fois même par jour ont progressivement diminué de nombre et depuis le mois de janvier 1891, c'est-à-dire depuis plus de 2 ans, elles ne se sont pas reproduites. Consécutivement les troubles délirants qu'avaient entrainés les attaques ont disparu, et Mme D... ne conserve plus comme troubles psychiques, que des défectuosités de caractère antérieures aux attaques et que celles-ci ont encore augmentées.

Ces défectuosités ne constituent plus une véritable aliénation mentale. Elles constituent seulement une prédisposition puissante au retour du délire qui se produira sûrement si Mme D... ne continue pas à se soigner, c'est-à dire à prendre les remèdes qui lui sont nécessaires pour maintenir suspendues les attaques d'épilepsie.

Les parents, qui connaissent exactement la situation de leur fille, pensent pouvoir fournir à celle-ci tous les soins que son état réclame encore. Dans ces conditions nous pensons qu'on peut faire droit à la demande de sortie de M. D... son père ».

Cette malade est morte en 1907, 14 ans après sa sortie. Pendant ce laps de temps elle a été revue à plusieurs reprises par M. le professeur Mairet. Elle allait tout à fait bien, n'avait plus eu d'attaques ni d'accès de délire.

Observation XIX

Folie névro-alcoolique. — Guérison au bout de 5 ans. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 2 ans environ.

B... Alphonse, 37 ans, peintre, né et domicilié à M... (Hérault), entre le 22 mai 1882.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel. — Père mort à 51 ans d'anasarque; n'était pas buveur ; grand-père mort à 80 ans, alcoolique, avait un caractère très violent. Grand'mère morte en couches, caractère très doux.

Côté maternel. — Mère âgée de 77 ans ; n'a jamais été malade Grand-père mort à 69 ans d'une fracture du crâne ; un oncle mort à 73 ans de fluxion de poitrine ; une tante âgée de 72 ans bien portante.

Collatéraux. — Un frère mort à 32 ans (chagrin domestique, misère), un à 17 ans s'est noyé en prenant un bain ; une sœur morte à 7 ans (mauvaise nutrition) ; un mort à 2 ans (choléra) ; un mort-né ; un mort à 18 mois (convulsions).

Antécédents personnels et développement de la maladie. — N'a présenté aucune maladie dans l'enfance. Caractère très vif. A reçu une certaine instruction. A l'âge de 16 ans s'engagea dans la marine ; jusqu'à ce moment là avait toujours été bien portant et n'avait jamais fait le moindre excès. A son retour de Chine,il fit des excès alcooliques considérables. Il dépensait en boisson tout l'argent qu'il gagnait par son travail. A l'âge de 20 ans il dut faire un séjour de 3 mois à l'asile. Le diagnostic porté par M. le professeur Cavalier avait été celui d'excitation maniaque par alcoolisme.

A l'âge de 24 ans, pris de boisson, il fit une chute grave, à la suite de laquelle il présenta des troubles tabétiques pour lesquels il resta en en traitement à l'Hôpital Saint-Louis pendant 3 mois. Il fut envoyé comme incurable à l'Hôpital-Général où il continua à boire.

Un jour, toujours sous l'influence de la boisson, il tomba dans le Lez (peut-être volontairement) ; repêché à temps, il fut renvoyé à l'Hôpital-Général et de là envoyé à l'asile.

Marche de la maladie actuelle. — A son entrée à l'Asile, *le* 23 *mai* 1882, le certificat suivant fut établi par M. le professeur Cavalier : « Ce malade est atteint d'hallucinations de la vue, principalement nocturnes, d'où dérivent des idées de terreur ; à ces symptômes se joint un égarement considérable surtout la nuit, et des propensions à des actes graves par suite d'idées de défense et de conservation personnelle. Ces perturbations sensorielles et physiques se rattachent à un état d'alcoolisme chronique ayant subi une exacerbation aiguë par suite de nouveaux excès de boissons très fortement spiritueuses ».

En mai 1883 le malade accusait des sensations de courants électriques qui remontaient de la jambe droite et s'irradiaient dans la colonne vertébrale ; il définissait cette dernière sensation en disant qu'on lui mettait le « filigrane dans les vertèbres. » Il reprochait au médecin de lui jeter sur le corps de « l'eau d'arquebuse avec un arquebusier », de lui briser les doigts et de lui arracher la peau avec « la plaque à persécution. » Il disait que « ses intestins étaient tellement embrouillés qu'il faudrait un alchimiste pour les mettre en ordre ». Il entendait des voix qui l'injuriaient ; elles se moquaient des douleurs qu'il éprouvait.

En juin 1884, M. le professeur Cavalier décrivait l'état du malade en ces termes : « M. B... est atteint du délire des persécutions se rattachant à des perversions sensorielles de l'ouïe et surtout de la sensibilité générale. Ce malade est un alcoolique qui, sous l'influence d'une chute faite en état d'ivresse, a été atteint d'une altération de la moelle qui a entraîné après elle, des troubles divers et, entre autres, des troubles de la sensibilité et de la nutrition. Ces troubles jouent un grand rôle dans le délire de M. B..., qui attribue les douleurs fulgurantes qu'il ressent et les caries osseuses qui existent chez lui, à des persécutions qui, dit-il, le travaillent par l'électricité. Le délire de ce malade, quoique incomplètement systématisé, tend cependant à la systématisation. Ce sont les administrateurs des hospices et les malades de l'établissement que M. B... regarde comme étant plus particulièrement ses persécuteurs. L'etat mental

de M. B... qui reste toujours le même, quant au fond, passe par des alternatives de calme relatif et d'agitation; actuellement ce malade est à la fin d'une période d'agitation. Nous croyons, en conséquence, que M. B... ne peut être rendu à la liberté.

En avril 1885. — B... était très agité, il poussait des cris il se plaignait de toute sorte de tracasseries. Il disait qu'on lui travaillait le pied.

En mai 1886. — Le malade était plus calme mais il était encore sujet à des crises d'agitation pendant lesquelles il se montrait très agressif, refusait de prendre les aliments et les médicaments ordonnés.

Il sortit le 12 *avril* 1887. — Dans le certificat de sortie, la marche de la maladie et l'état que présentait le malade au moment ou il quitta l'asile était ainsi résumé par M. le Prof. Cavalier : « Lors de son entrée dans l'Etablissement M. B... présentait les signes de l'aliénation mentale caractérisée par des idées de persécutions se rattachant intimement à des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Pendant longtemps cet état qui reconnaissait comme cause principale l'alcoolisme chronique, a persisté intense et continu. Peu à peu ces manifestations délirantes sont devenues moins intenses et ont cessé d'être continues pour revêtir l'allure intermitente. Enfin depuis quelques mois, elles ont disparu et actuellement M. B... a recouvré un calme complet; il paraît guéri et tout fait espérer que la guérison se maintiendra longtemps, si cet homme peut tenir la promesse qu'il nous fait de renoncer à tout excès de boisson.

M. B... qui à la suite d'une chute, a réalisé une altération grave de la moëlle qui l'a rendu perclus des jambes, vivait avant son entrée dans l'établissement à l'Hôpital Général, où il pense, étant un peintre assez habile, trouver un peu de travail dont le produit lui servirait à aider à vivre sa vieille mère qui est dans une grande misère. L'état actuel de M. B... permet la réalisation de ce désir. »

Cet homme est mort à l'Hôpital Général le 7 août 1889, 2 ans environ après sa sortie. L'asile étant un quartier de cet hôpital, B... était rencontré quotidiennement dans les rues de cet établissement; il allait très bien.

Observation XX

Folie névro-alcoolique (mélange d'un délire névrosique et d'un délire alcoolique). Idées de persécution entretenues par des perversions des différents sens, idées de grandeur, agitation maniaque. Guérison au bout de 4 ans environ, se maintenant 8 ans après la sortie.

B... Guillaume-Urbain, 30 ans, entrepreneur, né et domicilié à M... (Hérault). Entré le 6 mai 1892 d'office.

Antécédents héréditaires. — *Côté paternel.* — Grand-père inconnu. Grand-mère morte à 89 ans. Père mort à 71 ans, après avoir eu plusieurs attaques. Un oncle paternel mort d'une attaque, subitement.

Côté maternel. — Grand-père, grand-mère inconnus. Mère âgée de 74 ans très bien portante.

Collatéraux. — Un frère mort (cause inconnue).

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une excellente santé physique. Epistaxis fréquentes et abondantes.

Au moral, c'était une forte tête, intelligent, mais vif, emporté outre mesure ; s'imaginait volontiers être plus habile que tous ses camarades.

A fait de fréquents excès de boissons. Restait ivre des mois entiers. Courait les femmes, passait les nuits.

Dévetoppement et marche de la maladie. — B... Guillaume donna brusquement des signes d'aliénation mentale *au commencement du mois d'avril* 1892. A propos d'une lettre anonyme dans laquelle il était calomnié, il entra dans une grande surexcitation puis ne tarda pas à délirer, ne cessant de parler du bon Dieu, disant que ses parents étaient morts et que lui-même n'existait plus.

Des idées de richesse s'emparèrent de lui ; il donnait son portefeuille à un de ses amis pour distribuer de l'argent à tous ceux qui

l'entouraient. Peu à peu il devint dangereux et on fut obligé de l'interner *le* 6 *Mai* 1892.

A son entrée à l'asile, sa physionomie exprimait l'égarement ; toute sa face était congestionnée ; il était en outre dans un état de surexcitation très marqué.

Il accusait des perversions de tous les sens ; la nuit surtout, il voyait des individus qui venaient pour le dévaliser et qui lançaient après lui des chiens, des chats et des rats. Il entendait la voix de ces mêmes individus qui disaient : « il ne veut plus se laisser faire ». Il sentait sur la tête comme un casque électrique. Il avait des secousses électriques dans le bras et le pied gauche. Il se plaignait d'avoir le nez rempli de vers et d'asticots. On avait essayé de l'empoisonner avec des pilules.

L'examen ne révélait aucun signe paralytique : les pupilles étaient égales et contractiles. On ne notait pas de tremblements des extrémités ni de la langue. Il n'existait qu'un bégaiement qui paraissait être physiologique.

Au bout de quelques mois, après avoir passé par des périodes de surexcitation plus ou moins marquées, il accusa en plus des perversions sensorielles et des idées de persécution qui persistaient avec la même intensité, des idées de richesse et de supériorité. L'établissement lui appartenait, il était capable de faire un Président de la République.

Cet état dura *deux ans* environ sans aucune modification.

A partir de mai 1895, il fut moins sujet à des accès d'agitation, il devint plus calme ; mais les perversions sensorielles persistaient toujours et le 23 *mai* 1885, M. le professeur Mairet décrivait en ces termes l'état de B... : « Ce malade a subi dans son état mental une amélioration, en ce sens que la surexcitation s'est atténuée considérablement. Mais malheureusement, les éléments principaux de cette maladie, constitués plus particulièrement par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale et par des idées de persécution et de grandeur, persistent toujours. M. B... entend la nuit et le jour des voix de femmes qui lui disent des calembours. Ces voix, qui viennent de loin, il ne les connaît pas ; c'est par l'électricité et par « la force du gaz » ou bien encore par la « mythologie ou l'école de philosophie » que ces voix paraissent ainsi se mettre en rapport avec lui.

Il ne sait pas qui lui parle ainsi, pas plus qu'il ne sait à qui rapporter les secousses électriques qu'il ressentait autrefois si fréquemment sur le corps et qui aujourd'hui ont notablement diminué. Les perversions sensorielles font naturellement naître chez B... un délire des persécutions et, à côté de ce délire et le complétant comme il arrive souvent chez les alcooliques, il existe des idées de grandeur qui, sans avoir acquis encore un complet épanouissement, n'en sont pas moins bien nettes. Il peut aisément gagner 5 louis par jour, il fait chaque année de 480 à 500.000 francs d'affaires, sur lesquels il gagne 80 à 100.000 francs ; on lui à fait perdre plus de 800.000 francs.

M. B... a donc encore actuellement un délire très caractérisé, dont les idées principales, idées de persécution, s'accompagnent volontiers d'offensibilité et s'il existe davantage de calme aujourd'hui, cela tient exclusivement au milieu où vit B... et aux soins dont il est entouré. Si cet homme venait à quitter l'asile, il trouverait certainement au dehors des causes d'excitation qui ramèneraient l'agitation et le rendraient de nouveau rapidement dangereux. Sa mère, en effet, est dans l'impossibilité de placer son fils dans des conditions de milieu convenables, et d'exercer sur lui une surveillance suffisamment attentive.

Dans ces conditions, nous croyons que, pour le moment, M. B... doit être maintenu à l'asile. »

En août 1895, il accusait encore des idées de grandeur et de richesse. Il avait le pouvoir de faire ressusciter les morts. Il se disait très riche.

Puis, il ne manifesta plus aucune idée délirante, ne se plaignit plus de ses perversions sensorielles. On ne constata plus chez lui qu'un peu de mauvaise humeur et des tendances aux idées de supériorité qu'il avait, de tout temps, manifestées.

Il sortit le 6 *mars* 1896. Le certificat de sortie établi par M. le professeur Mairet était ainsi conçu : « Ce malade a présenté, pendant assez longtemps, des troubles qui faisaient craindre le passage de la maladie à la chronicité. Mais, depuis quelque temps, une amélioration s'est produite, amélioration qui est allée progressivement en augmentant et aujourd'hui, à en croire M. B..., il n'existerait plus chez lui, de troubles délirants, ni de perversions sensorielles. Cependant, nous avons des doutes relativement à la dispa-

rition complète des hallucinations et, en tout cas, cet homme a un état de prédisposition telle, que s'il venait à sortir purement et simplement et à reprendre les habitudes alcooliques, un nouvel accès ne tarderait pas à réapparaître. Aussi, pensons-nous, qu'il doit être placé au dehors dans certaines conditions de milieu. C'est ce que nous avons expliqué à sa mère, lorsqu'elle est venue nous demander la sortie de son fils, et elle s'est engagée par la lettre ci-jointe à conduire celui-ci à la campagne. Cette lettre a été contresignée par un cousin du malade. Dans ces conditions, et étant donnée la situation actuelle de M. B..., on peut, pensons-nous, faire droit, sans inconvénient, à la demande de sortie de sa mère. »

M. B... suivit les conseils de M. le professeur Mairet. Il alla à la campagne. Au bout de quelques mois, il était complètement revenu à son état normal. Il retourna alors à M... et reprit son métier d'entrepreneur. Il construisit la charpente de la Maternité. Il fut suivi pendant 8 ans, sans qu'on constatât rien d'anormal dans son état mental. Averti par la dure leçon que lui avait infligé l'abus exagéré de l'alcool, il se retira ensuite à la montagne pour éviter les occasions de boire que lui fournissait sa situation. Depuis, il a été perdu de vue.

Observation XXI

Folie névro-alcoolique. Crises d'agitation hallucinatoire avec peur. Guérison après plus de 4 ans se maintenant 7 ans après la sortie.

I... Nicolas, 29 ans, né et domicilié à C... (Hérault), entré le 30 mai 1884 d'office.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel.— Père pêcheur, mort poitrinaire vers 45 ans ; était alcoolique ; était deuxième patron à bord d'un gros bateau pêcheur ; oncles et tantes inconnus, si tant est qu'il y en ait eu.

Côté maternel. — Mère âgée de 62 ans, bien portante ; a eu plu-

sieurs érysipèles ; un oncle mort vers 60 ans de refroidissement ; a eu 3 enfants morts jeunes : l'un à 2 ans, l'autre à 9 mois, le 3me à 16 ans ; ce dernier mort dans une épidémie. Une tante morte vers 60 ans on ne sait de quoi ; trois enfants : l'un mort vers 30 ans d'un coup de pied de cheval ; l'autre mort d'attaques ces jours derniers à 50 ans ; le troisième sourd, peu malade. Ces cousins germains ont eu des enfants : l'un d'eux est épileptique (alcoolique peut-être ?) fils du premier.

Collatéraux. — 8 frères ou sœurs ; 5 sont morts jeunes de fièvres éruptives ; un autre s'est noyé en mer. Une sœur bien portante, sujette aux maladies éruptives, a eu 5 enfants dont quelques-uns ont eu des convulsions attribuées aux vers ; 3 sont morts de choléra infantile.

Descendants. — Néant.

Antécédents personnels. — I... Nicolas a eu la rougeole et consécutivement une glossite. Il a été très vermineux mais n'a pas eu de convulsions. Il n'a pas présenté d'accidents scrofuleux. Il a eu aussi une blessure à la tête (coup de pierre) mais peu grave.

Il est allé à l'école très irrégulièrement ; il faisait l'école buissonnière. Il a toujours manifesté un caractère très gai : il cachait volontiers ses escapades et ses désagréments.

Il a professé divers métiers (marin, portefaix, etc.), dans lesquels il a contracté des habitudes d'intempérance.

Développement et marche de la maladie. — I... Nicolas se livrait depuis quelques temps à des excès de boisson provoqués par les gros travaux auxquels il était employé (déchargement des bateaux dans des atmosphères chaudes et poussiéreuses), lorsque survint l'incident suivant : pendant une nuit où il s'était couché tout habillé, il se fit avec son couteau une large balafre à la main. Il essuya le sang à son pantalon. Par malheur dans cette localité un crime fut commis durant cette même nuit. Le lendemain quand les gendarmes le rencontrèrent le pantalon plein de sang, il fut pris pour le criminel et arrêté. Pendant son séjour à la prison qui dura 14 jours, il fit grand tapage, menaça et injuria les gardiens. La peur s'était emparée de lui ; il avait des accès de terreur pendant lesquels il se voyait poursuivi par des gendarmes et cherchait par tous les moyens à échapper à cette poursuite.

Il sortit de la prison pour entrer à l'Asile le 30 mai 1884.

Là il présenta des accès qui revenaient plusieurs fois dans les 24 heures et qui se caractérisaient de la manière suivante : I... Nicolas commençait par être envahi par un sentiment de tristesse que provoquait le souvenir de son arrestation illégale. Puis lui apparaissaient nettement avec leur costume, leur grade, leur visage, les 3 gendarmes qui l'avaient arrêté. Il sentait que le brigadier lui mettait les menottes au bras droit (c'est ce bras qui avait été enchaîné), il les entendait l'accuser du crime et lui dire : « Marchez, il faut dire la vérité. » Alors il se mettait à courir ; il se cachait, prenait une attitude de défense, semblait prêt à frapper le premier qui approcherait. Il restait plus ou moins longtemps, une ou deux heures, les yeux fixés sur le mur, puis les hallucinations disparaissaient petit à petit.

Quand il revenait à lui, il se mettait à trembler sur ses jambes, tant son effroi semblait avoir été considérable.

Ces accès toujours identiques à eux-mêmes, se réprésentèrent *pendant près de 3 ans presque tous les jours.*

A partir de janvier 1887, ils devinrent moins fréquents. Le malade restait quelquefois 8 jours, d'autres fois un mois sans en présenter aucun. Quand ils revenaient, ils apparaissaient surtout le matin au réveil. Ils faisaient suite alors à des rêves et à des cauchemars dans lesquels I... Nicolas revivait la scène de son arrestation. Cependant, il arrivait parfois que les hallucinations se poursuivaient 24 heures durant.

En dehors des accès, le malade restait dans un état d'énervement musculaire constant ; il avait besoin de marcher. il s'irritait à la moindre contrariété, devenait volontiers offensif. En outre, le matin, au réveil, il se plaignait souvent d'une sensation de vertige, de maux de tête, de bourdonnements dans les oreilles et de fourmillements dans les jambes.

Il en fut ainsi *jusqu'en août 1888 ;* toutefois le nombre des accès était allé toujours en diminuant. Les hallucinations n'apparaissaient plus que la nuit, provoquées par des cauchemars dans lesquels il revivait toujours la scène de son arrestation, et disparaissaient au bout de 1/2 heure ou 3/4 d'heure. Quelquefois elles reprenaient dans l'après-midi, mais rarement. Il fallait pour cela qu'il entendit parler autour de lui de gendarmerie ou de prison.

Après cette période d'état qui avait duré *plus de 4 ans*, les hallucinations disparurent complètement.

I... Nicolas sortit *le 18 mai 1889*, paraissant être revenu depuis quelque temps à son état normal.

Le certificat de sortie établi par M. le professeur Mairet était ainsi rédigé :

« Cet homme présentait une aliénation mentale à la réalisation de laquelle avaient concouru plusieurs causes, entre autres l'hérédité et l'alcoolisme.

» Cette aliénation se traduisait plus particulièrement par des accès de peur se rattachant intimement à des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Pendant ces accès M. I... devenait volontiers offensif.

» Après une période d'état assez longue les troubles psychiques qui précèdent se sont atténués progressivement et, depuis quelque temps déjà, ils semblent avoir complètement disparu. M. I... paraît être revenu à son état normal. Cet état se maintiendra-t-il au dehors si M. I... vient à être rendu à la liberté? Très probablement, si cet homme peut s'empêcher de se livrer à des excès alcooliques.

» Quoiqu'il en soit de ce dernier point, et étant données les conditions dans lesquelles se trouve actuellement M. I..., nous pensons qu'on peut faire droit à la demande de sa mère qui désire le prendre auprès d'elle ».

Cet homme a été suivi pendant 7 à 8 ans au moins après sa sortie. Il était d'un caractère gai, aimait toujours à plaisanter et ne paraissait pas avoir été malade. Il a été ensuite perdu de vue.

Observation XXII

Lypémanie à direction hypocondriaque avec inquiétude. Guérison au bout de 4 ans se maintenant pendant 13 ans

R... M., profession de garde champêtre, né à L... (Hérault) domicilié au dit, département dudit. D'office.

Antécédents héréditaires.— Côté paternel.—Grand-père et grand'-mère morts à un âge avancé. Père mort à 62 ans de fièvre typhoïde; buvait un peu.

Côté maternel. — Grand-père mort d'un érysipèle. Grand'mère morte de vieillesse. Grand'tante morte aliénée. Mère, 78 ans, vivante, mais démente. Oncle mort d'une attaque d'apoplexie. Autre oncle interné à l'asile (démence paralytique). Tante morte lypémaniaque.

Collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Une variole il y a 25 ans. Quelques poussées rhumatismales de temps en temps. N'a présenté rien d'anormal dans les grands actes de sa vie. Intelligent. A commencé par exercer le métier de tanneur puis a obtenu une place de garde champêtre. Invité, de par cette dernière profession, à boire, il a pris beaucoup d'absinthe et de vin.

Développement et marche de la maladie. — Le 18 août 1895, pendant la nuit, R... M., surprit à l'affût un chasseur auquel il dressa procès-verbal. Le chasseur le menaça avec son bâton. Il eut peur et à partir de ce jour, son esprit fut hanté par le souvenir du procès-verbal dressé. Toutes ses conversations tournèrent autour de cet incident, son sommeil fut troublé par des cauchemars. Il ne retrouvait un peu de calme qu'avec le jour, mais il passait presque toutes ses journées à répéter : « si je ne m'étais pas levé cette nuit-là, je ne l'aurais pas surpris et je ne serais pas malade. »

Ensuite, aux idées de peur et de remords, s'ajoutèrent des idées de suicide. Ses parents décidèrent alors de l'interner.

Il fut conduit à l'asile de Montpellier le 7 janvier 1896.

Quand il entra dans cet établissement, il était en proie à une vive inquiétude. Il se déchirait les vêtements, ne reposait pas la nuit et gémissait presque tout le temps. Il se plaignait de se sentir très faible, de n'avoir plus de force ni de volonté. Il était complètement découragé. Il attribuait sa maladie à un sang tourné. Il avait peur de ne jamais guérir. Il se croyait un homme perdu et se reprochait de nombreuses fautes. Il était surtout obsédé par le remords du procès-sverbal qu'il avait dressé.

Il préférait mourir que de se voir dans cet état.

Il n'avait aucune hallucination de la vue ni de l'ouïe, mais il se plaignait de secousses électriques au niveau des doigts. Ces extrémités étaient le siège de tremblements continuels.

On notait en même temps chez lui quelques stigmates physiques de dégénérescence : front étroit, oreilles fortement détachées du crâne, prognathisme de la mâchoire inférieure.

Cet état persista pendant un an sans aucune modification, puis, tout en conservant toujours les mêmes idées délirantes, son inquétude fut moins vive. Toutefois, il était de temps en temps sujet à des crises paroxystiques pendant lesquelles il criait, pleurait se mordait les mains.

Dans l'intervalle de ces accès, il continuait à se plaindre de son manque de courage, des tourments que lui causait le remords du procès-verbal et souhaitait toujours la mort. Continuellement, il faisait tourner un mouchoir entre ses doigts.

Vers juillet 1899, une amélioration considérable se produisit dans son état. Il cessa de se plaindre ; son sommeil ne fut plus troublé malgré la suppression du sulfonal. Il avait perdu l'habitude de tourner son mouchoir. Il se mit à travailler régulièrement. Cependant quand on l'interrogeait, il manifestait toujours la crainte d'une mort imminente.

Ces dernières idées disparurent bientôt et en décembre 1899 on ne retrouvait plus chez lui aucun sentiment de tristesse et de dégoût, aucune idée délirante et aucune perversion sensorielle.

Physiquement, il avait beaucoup repris, ses traits et son regard étaient revenus naturels.

Il sortit le 7 janvier 1900. Il fut réintégré dans son poste de garde champêtre qu'il a occupé jusqu'au mois de janvier dernier.

Il avait présenté jusqu'alors un état de santé psychique excellent, mais une fois à la retraite, il n'a pas tardé à présenter de la dépression. Il est mort quelques mois après.

LES GUÉRISONS TARDIVES ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES

1° Fréquence

Des 22 cas de guérisons tardives qui figurent dans ce travail, 20 ont été observés à l'asile de Montpellier (Hôpital général) de l'année 1874 à l'année 1909 (1).

Or le nombre de guérisons obtenues dans cet intervalle de temps (35 ans) s'est élevé à 1322. La proportion que nous trouvons serait donc de 1,5 p. 100.

Si nous considérons que nous avons éliminé de notre travail les cas de guérisons dans lesquels nous n'avions

---

(1) Sur les 22 guérisons, 1 n'a pas été observée à l'asile de Montpellier. Une autre a été observée après le transfert des malades de l'Hôpital général à l'asile départemental d'aliénés. Depuis ce transfert, qui date du 29 mai 1909, la clinique des maladies mentales ne compte plus que les indigents. Ne connaissant pas le nombre total de guérisons depuis cette date, nous ne ferons pas entrer en ligne de compte, pour l'évaluation proportionnelle des guérisons tardives, le cas observé dans ces dernières années.

aucun renseignement sur l'état du malade après sa sortie et les intermissions de courte durée, il nous est permis de supposer que cette proportion est encore plus élevée que nous ne l'indiquons.

S'il est donc vrai de dire que les guérisons sont rares après la troisième année, il nous paraît exagéré de prétendre, selon l'expression classique, qu'elles sont exceptionnelles. La guérison tardive se rencontrant une fois sur 66, on ne peut pas dire nous semble-t-il qu'elle constitue une exception.

2° Aliénations mentales dans lesquelles on les rencontre

Des 22 cas de guérisons tardives que nous apportons :

6 appartiennent à la lypémanie ;
5 — à la folie à double forme ;
4 — à la manie ;
3 — à la folie névro-alcoolique ;
2 — à la folie psycho-sensorielle à direction de persécution ;
2 — au délire épileptique.

Nous remarquons d'abord que toutes ces guérisons se rencontrent, comme on devait s'y attendre, dans des aliénations à délire généralisé. Nous voyons ensuite que 15 d'entr'elles, c'est-à dire les deux tiers, nous sont fournis par la lypémanie, la folie à double forme et la manie réunies. Cette constatation a été faite par la plupart des auteurs qui ont étudié les guérisons tardives.

Petrën, qui a réuni tous les cas publiés dans la littérature médicale de tous les pays, a constaté que, sur les 33 guérisons qu'il avait retenues comme indiscutables, 16 appartenaient à la folie maniaco-dépressive et 8 à la catatonie (forme qui, à l'analyse des observations, paraît répondre à la lypémanie avec stupeur). Les chiffres obtenus par Petrën sont donc sur ce point sensiblement égaux aux nôtres.

Quant à l'autre tiers des guérisons, il nous est fourni soit par la folie névro-alcoolique (3 cas), soit par le délire épileptique (2 cas), soit par la folie psycho-sensorielle à direction de persécution (2 cas). La proportion relativement peu élevée que nous obtenons en ce qui concerne chacune de ces aliénations est à peu près celle que l'on observe aussi quand on examine la centaine de guérisons tardives publiées jusqu'à ce jour.

Mais les aliénations rencontrées par nous, aliénations qui sont toutes plus ou moins curables, ne sont pas les seules dans lesquelles ont été signalés des cas de guérison tardive. On en a cité dans la forme hébéphrénique de la démence précoce (Kreuser, 1900). Rappelons que dernièrement, à la Société médico-psychologique, Leroy a communiqué l'observation d'une femme qui, après avoir réalisé pendant 6 ans un tableau clinique semblable à celui de la démence précoce, a présenté une rémission si complète qu'il a pu être question de la rendre à la vie extérieure. Disons enfin que deux auteurs, Keay (1891) et Deventer (1896), ont signalé l'un et l'autre une guérison tardive dans le délire chronique de Magnan. Il nous paraît difficile d'admettre une telle guérison, mais nous avons cru devoir mentionner le fait.

Etude clinique de ces Aliénattons

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Sexe

	Femmes	*Hommes*
Lypémanies	4 cas	2 cas
Folies à double forme	4 cas	1 cas
Manies	2 cas	2 cas
Folies névro-alcooliques	0 cas	3 cas
Folies psycho-sensorielles	1 cas	1 cas
Délires épileptiques	1 cas	1 cas
	12 cas	10 cas

Si nous faisons abstraction des folies névro-alcooliques, nous remarquons que ces aliénations mentales s'observent environ 2 fois plus souvent chez les femmes. Doit-on en conclure, comme l'ont fait certains auteurs, Marandon de Montyel et Kreuser, que le sexe féminin présente plus de guérisons tardives que le sexe masculin ? Nous ne le pensons pas. A notre avis, cette fréquence plus grande des guérisons tardives chez les femmes s'explique par ce fait qu'on les rencontre dans les deux tiers des cas, dans la lypémanie, la folie à double forme et la manie, qui comme on le sait, frappent volontiers le sexe féminin. En effet, sur les cas de lypémanie, de folie à double forme et de manie que nous

rapportons, 10 concernent des femmes, et 5 seulement s'adressent à des hommes.

Age. — La maladie actuelle est apparue :

Dans les cas de lypémanie :

Obs. I. — à l'âge de 30 ans.
Obs. II. — — de 54 ans.
Obs. XIII. — — de 31 ans.
Obs. V. — — de 45 ans.
Obs. XXII. — — de 37 ans.
Obs. XII. — — de 43 ans.

Dans les cas de folie à double forme :

Obs. IV. — — de 15 ans.
Obs. VI. — — de 25 ans.
Obs. X. — — de 29 ans.
Obs. XI. — — de 52 ans.
Obs. III. — — de 21 ans.

Dans les cas de manie :

Obs. XVII. — — de 16 ans.
Obs. IX. — — de 28 ans
Obs. XV. — A l'âge de 43 ans.
Obs. XIV. — A l'âge de 42 ans.

Dans les cas de folie alcoolique :

Obs. XIX. — A l'âge de 37 ans.
Obs. XX. — A l'âge de 30 ans.
Obs. XXI. — A l'âge de 29 ans.

Dans les cas de folie psycho-sensorielle à direction de persécution :

Obs. XVI. — A l'âge de 38 ans.
Obs. XVII. — A l'âge de 35 ans.

Dans le délire épileptique :

Obs. VIII. — A l'âge de 34 ans.
Obs. XVII. — A l'âge de 26 ans.

Il résulte de ce tableau que la maladie s'est montrée entre 15 et 20 ans dans 2 cas :

1 cas de folie à double forme.
1 cas de manie.

Entre 20 et 25 ans : dans 1 cas :
1 cas de folie à double forme.

Entre 25 et 30 ans, dans 5 cas :
2 cas de folie à double forme.
1 cas de manie.
1 cas de folie névro-alcoolique.
1 cas de délire épileptique.

Entre 30 et 35 ans, dans 4 cas :
2 cas de lypémanie.
1 cas de folie névro-alcoolique.
1 cas de délire épileptique.

Entre 35 et 40 ans, dans 4 cas :
1 cas de lypémanie.
1 cas de folie névro-alcoolique.
2 cas de folie psycho-sensorielle à direction de persécution.

Entre 40 et 45 ans, dans 3 cas :
1 cas de lypémanie.
2 cas de manie.

Entre 45 et 50 ans, dans 1 cas ;
1 cas de lypémanie.

Entre 50 et 55 ans, dans 2 cas :
1 cas de lypémanie.
1 cas de folie à double forme.

Ces chiffres nous montrent que les deux tiers environ des maladies actuelles, quelles que soient les formes auxquelles elles appartiennent, ont apparu entre 25 et 40 ans, période de la vie où éclosent habituellement les troubles mentaux. Il n'y a donc pas grandes conclusions à en tirer.

Il est toutefois à noter que, dans les cas de lypémanie, la maladie actuelle ne s'est jamais déclarée avant 30 ans, et que même dans 3 cas elle est apparue après 40 ans. Sur ce point, nous sommes d'accord avec Petrën qui a constaté, lui aussi, que les cas de catatanie appartenaient à un âge assez avancé. Ajoutons que cet auteur a fait la même remarque pour les cas de folie maniaco-dépressive. La plupart des cas de folie à double forme que nous apportons ayant apparu entre 15 et 30 ans, nous serions porté, sur ce point, à émettre un avis contraire.

Hérédité

Lypémanies.

Obs. I. — Père vagabond.
Obs. II. — Pas de renseignements.
Obs. XIII. — Pas de renseignements.

Obs. V. — Mère lypémaniaque. Frère (légers troubles cérébraux).

Obs. XXII. — Mère, grand'tante, oncle, tante maternels aliénés.

Obs. XII. — Père dément sénile.

Folies à double forme.

Obs. IV. — Mère probablement épileptique. Oncle maternel aliéné. Cousin paternel idiot.

Obs. VI. — Tante démente.

Obs. X. — Père mort d'une attaque d'apoplexie. Cousin et tante maternels aliénés.

Obs. III. — Mère (folie à double forme). Grand'mère paternelle démente.

Obs. XI. — Père mort d'une attaque d'apoplexie.

Manies.

Obs. XVII. — Mère lypémaniaque. Père dément sénile.

Obs. XV. — Père alcoolique. Cousin déséquilibré.

Obs. XIV. — Mère et frère (Troubles psychiques).

Obs. IX. — Père débile.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XX. — Père et oncles maternels morts d'une attaque d'apoplexie.

Obs. XIX. — Grand-père paternel alcoolique.

Obs. XXI. — Père alcoolique.

Folies psycho-sensorielles à direction de persécution.

Obs. XVI. — Père alcoolique.

Obs. VII. — Hérédité chargée.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — Père (paralysie agitante ou sclérose en plaques). Mère nerveuse.

Obs, XVIII. — Père et mère consanguins. Tante (crises convulsives).

L'hérédité est donc mentionnée dans toutes ces aliénations mentales. Les seuls cas où nous ne la rencontrons pas sont précisément ceux pour lesquels nous manquons de renseignements. Nous ne pensons pas qu'il y ait intérêt à rechercher les caractères et les formes de cette hérédité. Nous voyons que, le plus souvent, il s'agit d'une hérédité vésanique : mais il est à remarquer qu'on trouve aussi dans 4 cas une hérédité alcoolique et dans 3 une hérédité cérébrale. Ce qu'il importe de retenir, selon nous, c'est qu'une hérédité très chargée se retrouve dans la plupart des cas. Aussi avons-nous été étonné de voir, parmi les observations de guérisons tardives publiées jusqu'à ce jour, l'hérédité absente dans un assez grand nombre de cas. Petrën, dont le travail est basé sur l'étude de tous ces cas, insiste même sur ce point que l'hérédité, si habituelle dans la folie maniaco-dépressive et la catatonie, manque souvent dans ces mêmes formes où se rencontrent précisément les guérisons tardives.

Si, comme cet auteur, nous n'avions trouvé aucune charge héréditaire dans la plupart des cas de folie à double forme et dans les cas de manie et de lypémanie intermittentes (assez nombreux ainsi que nous le verrons tout à l'heure), nous aurions attaché à ce fait une valeur pronostique considérable, car il eût permis, toutes

les fois qu'il se serait présenté, d'escompter une guérison tardive.

Malheureusement, les observations que nous apportons montrent que, même lorsqu'il doit y avoir guérison tardive, la folie à double forme, la manie et la mélancolie intermittentes n'échappent pas à la loi de l'hérédité qui leur est commune.

Accès antérieurs

Lypémanies.

Obs. I. — Pas de renseignements.
Obs. II. — —
Obs. III. — —
Obs. V. — 1 accès antérieur (lypémanie) 21 ans avant.
Obs. XII. — 2 accès antérieurs (de valeur indéterminée).
Obs. XXII. — 0.

Folies à double forme.

Obs. III. — 0.
Obs. IV. — 0.
Obs. VI. — 1 accès antérieur (manie) 19 mois avant.
Obs. X. — 2 accès antérieurs (1 rudimentaire, l'autre de lypémanie 11 ans avant).
Obs. XI. — 0.

Manies.

Obs. XVII. — 0.
Obs. IX. — 0.

Obs. XV. — 1 accès antérieur (manie) 16 ans avant.
Obs. XIV. — 2 accès antérieurs (manie), l'un 24 ans avant, l'autre 5 ans 1/2 avant.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — 1 accès antérieur (agitation maniaque par alcoolisme).
Obs. XX. — 0.
Obs. XXI. — 0.

Folies psycho sensorielles.

Obs. VII. — Pas de renseignements.
Obs. XVI. — 1 accès rudimentaire.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — 0.
Obs. XVIII. — 0.

Dans 4 cas, nous manquons de renseignements. Nous ne trouvons un ou deux accès antérieurs que dans 8 cas, dont 6 appartiennent comme il fallait le prévoir, à la lypémanie, à la manie et à la folie à double forme. Comme 3 des cas où manquent les renseignements appartiennent à ces formes, nous voyons que, dans la moitié seulement des cas de lypémanie, de manie et de folie à double forme, il n'y avait pas eu d'accès antérieur. Par conséquent, ces aliénations mentales se rencontrent aussi fréquemment chez des intermittents que chez des individus qui n'avaient présenté jusqu'alors aucun accès de folie.

Causes occasionnelles

Lypémanies

Obs. I. — Pas de renseignements.
Obs. II. — —
Obs. XIII. — Détention.
Obs. V. — Chagrins et contagion.
Obs. XXII. — Excès de boisson et émotion.
Obs. XII. — Emotion.

Folies à double forme

Obs. IV. — Puberté.
Obs. VI. — Excès de boisson.
Obs. X. — Chagrins.
Obs. XI. — Ménopause.
Obs. III. — Grossesse.

Manies

Obs. XVII. — Emotion.
Obs. IX. — Détention.
Obs. XV. — Chagrins et excès de boisson.
Obs. XIV. — Chagrins.

Folies névro-alcooliques

Obs. XIX. — Emotion.
Obs. XX. — Chagrins.
Obs. XX. — Détention.

Folies psycho-sensorielles à direction de persécution

Obs. XVI. — Accouchement.
Obs. VII. — Pas de renseignements.

Délires épileptiques

Obs. VIII. — Excès de boisson.
Obs. XVIII. — Chagrins.

Nous voyons que dans toutes ces aliénations, à coté d'une forte prédisposition héréditaire, existe une cause provocatrice, sauf dans 3 cas où nous n'avons pas de renseignements. Cette cause, variable, est le plus souvent d'ordre psychique (chagrin, émotion. détention), mais dans 4 cas elle est d'ordre physiologique (puberté, grossesse, accouchement, ménopause), et dans 2 cas, elle est d'ordre pathologique (excès de boissons). Ces aliénations reconnaissent donc pour cause occasionnelles les causes les plus habituelles des psychopathies. Toutefois, nous avons été frappé de trouver la détention signalée dans 3 cas, et d'autant plus que 2 des malades pour lesquels nous manquons de renseignements étaient des détenus. Comme de leur côté, Jacobi (1847), Uckermünde (1896), Kreuser (1900), Petrën (1908), ont cité des cas de guérisons tardives chez des prisonniers, nous nous sommes demandé si dans ces divers cas l'hypothèse d'une simulation possible ne devait pas être envisagée. Dans un seul des cas observés à l'asile de Montpellier, cette hypothèse s'est montrée justifiée. Il s'agissait d'une femme condamnée à quinze ans de travaux forcés pour incendie volontaire et qui, après 10 ans de détention présenta de la surexcitation et accusa des idées de persécutions avec illusions du goût. Envoyée à l'asile elle y fut gardée pendant 5 ans sans qu'on constatât aucune modification dans son état. Ce n'est que 3 mois avant le jour où terminait sa peine, qu'elle présenta une amélioration si considérable qu'elle put

sortir de l'asile. La situation de détenue de cette malade et la coïncidence de sa guérison avec l'expiration de sa captivité imposaient, par conséquent, une grande réserve. Aussi, avons-nous jugé bon de ne pas compter ce cas au nombre de nos guérisons tardives. Quand aux autres observations qui concernent des détenues et figurent dans notre travail, aucune d'elles ne nous permet de supposer une simulation. Les malades des obs. I et II étaient condamnées à vie. Les malades dès obs. XIII et IX réintégrées après leur sortie à la maison centrale de Montpelier, n'ont été libérées que 10 ans après. Le malade de l'obs. (XXI) avait été emprisonné par erreur.

Evolution

Période de début.

Lypémanies.

Obs. I. — Développement lentement progressif (1 an).

Obs. II. — Pas de renseignements.

Obs. V. — Début assez rapide après une période de préoccupation.

Obs. XXII. — Début rapide après une émotion.

Obs. XIII. — Développement lentement progressif (3 mois).

Obs. XII. — Début rapide après une frayeur.

Folies à double forme.

Obs. III. — Développement lent par poussées d'excitation et de dépression.

Obs. IV. — Développement lent par des modifications du caractère.

Obs. VI. — Développement lentement progressif.

Obs. X. — Pas de renseignement précis.

Obs. XI. — Début lent.

Manies.

Obs. IX. — Début très lent par des modifications du caractère.

Obs. XIV. — Début assez rapide.

Obs. XV. — Début assez rapide.

Obs. XVII. — Début rapide.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — Début rapide.

Obs. XXI. — Début brusque.

Obs. XXI. — Début rapide.

Folies psycho-sensorielles.

Obs. XVI. — Début lent par des modifications du caractère.

Obs. VII. — —

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — Début rapide.

Obs. XVIII. — Début rapide.

Nous devons reconnaître que nous n'avons pu établir

très nettement, faute de renseignements précis, le mode de développement de ces cas d'aliénations mentales. Il semble néanmoins que, dans la moitié des cas, une période prodromique plus ou moins longue avait précédé les symptômes aigus. Dans l'autre moitié, qui comprend naturellement les folies névro-alcooliques, les délires épileptiques et la plupart des cas de manie il y a eu une éclosion rapide de la maladie. Nous remarquons aussi que les cas de lypémanie et un des cas de manie qui ont débuté rapidement, sont précisément ceux où il y avait eu une émotion comme cause provocatrice. Somme toute, le mode de développement de ces aliénations mentales, tantôt lent, tantôt rapide, ne présente rien de particulier.

Période d'état

Tableau clinique de la maladie

Lypémanies.

Obs. I. — Tristesse, idées religieuses, idées de persécution, érotisme, hallucinations.

Obs. II. — Tristesse, idées hypocondriaques avec perversions sensorielles, perversions viscérales, accès de surexcitation.

Obs. V. — Tristesse, idées d'auto-accusation, idées de damnation, idées d'immortalité, accès d'angoisse.

Obs. XII. — Dépression, idées de persécution, de possession et de suicide, perversions sensorielles, accès d'inquiétude.

Obs. XIII. — Pas de renseignements.

Obs. XXII. — Tristesse, idées de peur et de remords, surtout idées hypocondriaques, accès d'inquiétude.

Folies à double forme.

Obs. III. — D'abord tristesse, agitation et retour à la normale de courte durée.

Puis idées de peur, obsessions, troubles de l'affectivité, perversions, aboulie.

Ensuite agitation, puis tristesse, idées de suicide, aboulie, inquiétude pendant une longue durée, agitation, tristesse de courte durée, retour à la normale.

Obs. IV. — Au début, accès de tristesse avec idées de peur et stupeur.

Ensuite, pendant une longue durée, alternatives d'agitation, de dépression et de retour à la normale.

Obs. VI. — Agitation maniaque par accès intenses et prolongés pendant une longue durée, puis alternatives de dépression et d'agitation.

Obs. X. — D'abord tristesse, idées d'auto-accusation, idées de damnation, idées d'indignité, perversions sensorielles, accès d'angoisse, puis agitation maniaque pendant la plus longue durée de la maladie.

Obs. XI. — D'abord idées de damnation, idées d'ingnité, idées de peur, perversions sensorielles, accès d'angoisse ; vers la fin agitation.

Manies.

Obs. XI. — Agitation maniaque, idées de persécution, perversions auditives.

Obs. XV. — Agitation maniaque.

Obs. XIV. — Agitation maniaque.

Obs. XVII. — Agitation maniaque, cris semblables à des aboiements, mouvements choréiques.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — Egarement, idées de persécution, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, crises d'agitation hallucinatoire.

Obs. XX. — Egarement, idées de persécution, perversion des divers sens, idées de grandeur, agitation maniaque.

Obs. XXI. — Crises hallucinatoires avec peur.

Folies psycho-sensorielles.

Obs. XVI. — Idées incohérentes de persécution et de grandeur. Hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale ; accès de surexcitation.

Obs. VII. — Idées de persécution. Illusions de la vue Hallucinations de l'ouïe.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — Accès d'agitation furieuse consécutifs aux attaques. Embrouillement intellectuel.

Obs. VIII. — Accès d'agitation et d'égarement consécutifs aux attaques.

Pour les cas de lypémanie, nous voyons que dans 4 cas, le tableau clinique a été celui d'une lypémanie tantôt simplement délirante, tantôt anxieuse, et, dans un cas, celui d'une lypémanie délirante. Pour le sixième cas nous manquons de renseignements. Il est à noter que nous ne rencontrons dans aucun cas une lypémanie avec stupeur. Nous trouvons bien dans un cas le tableau d'une stupeur lypémanique, mais il fait partie d'une période dépressive d'une folie à double forme.

Pour les cas de folie à double forme, nous avons dans 2 cas des alternatives de dépression, d'agitation et de retour à la normale, dans 1 cas des alternatives de dépression et d'agitation et dans 2, un accès de lypémanie suivi d'un accès de manie.

Dans les cas de manie, le tableau clinique a été dans 2 cas celui de la manie franche ; dans un cas il y a eu prédominance d'idées de persécution et quelques perversions auditives peu précises.

Dans le quatrième cas, l'agitation a offert certains caractères particuliers ; elle s'est accompagnée de mouvements choréiques au niveau des membres.

Dans les trois cas de folie névro-alcoolique, nous avons dans un cas de l'égarement, des accès d'agitation et un délire de persécution se rattachant intimément à à des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibi-

lité générale ; dans un autre de l'égarement, un délire de grandeur, un délire de persécution entretenu par des perversions des divers sens et un délire d'agitation maniaque ; dans le troisième, des crises hallucinatoires avec peur.

Dans les deux cas de folie psycho-sensorielle, il s'agit dans un cas, de délire des persécutions lié à des perversions sensorielles dominant la scène et dans l'autre d'un délire incohérent de persécution et de grandeur avec hallucinations de tous les sens.

Dans les deux cas de délire épileptique, nous avons un cas de délire furieux et dans le deuxième cas un délire d'agitation.

Dans l'un et l'autre cas le délire consécutif aux attaques revenait par accès.

L'étude de ces tableaux nous montre que presque toutes les variétés cliniques se retrouvent dans chacune des formes de ces aliénations mentales. Il n'y a que la lypémanie avec stupeur qui ne figure que dans une seule observation relative à une folie à double forme. Par contre, nous avons vu que Petrën conclut dans son travail, que la catatonie fournit après la maniaco-dépressive, le plus grand nombre de guérisons tardives.

Période de terminaison

Lypémanies.

Obs. I. — Amélioration lentement progressive coïncidant avec l'établissement de la ménopause et aboutissant à la guérison après la cessation des règles.

Obs. II. — Amélioration lente aboutissant à la guérison, sous l'influence du traitement.

Obs. V. — —

Obs. XII. — —

Obs. XIII. — —

Obs. XXII. — —

Folies à double forme.

Obs. X. — Après maladie physique (fièvre et diarrhée), affaiblissement de courte durée et amélioration lentement progressive aboutissant à la guérison.

Obs. VI. — Amélioration lentement progressive aboutissant à la guérison sous l'influence du traitement.

Obs. IV. — —

Obs. XI. — —

Obs. XIII. — Après une atteinte de choléra et une commotion morale, accès d'agitation de courte durée. Surexcitation pendant 6 mois. Tristesse de courte durée. Amélioration lentement progressive aboutissant à la guérison.

Manies.

Obs. XVII. — Amélioration progressive et simultanée des troubles psychiques coïncidant avec l'établissement de la virilité.

Obs. XIV. — Amélioration lentement progressive aboutissant à la guérison sous l'influence du traitement.

Obs. XV. — —

Obs. IX. — —

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — Amélioration lentement progressive aboutissant à la guérison sous l'influence du traitement.

Obs. XX. — —

Obs. XXI. — —

Folies psycho-sensorielles

Obs. VII. — Amélioration assez rapide aboutissant à la guérison sous l'influence d'un traitement comportant une plus grande somme de liberté.

Obs. XVI. — Amélioration lentement progressive coïncidant avec l'établissement de la ménopause et aboutissant à la guérion après la cessation des règles.

Délires épileptiques

Obs. VIII. — Diminution progressive et simultanée des attaques et des accès de délire puis disparition des attaques et du délire sous l'influence du traitement.

Obs. XVIII. — — —

Ce tableau nous montre que dans 16 cas (plus des 2/3) la guérison a été due à la seule influence du traitement. Dans tous ces cas, il y a eu une amélioration plus ou moins lente qui a fini par aboutir et souvent contre toute attente, à la guérison. Les cas qui étonnent le plus par leur issue favorable sont sans contredit les délires épileptiques. Dans l'un et l'autre de ces cas, la maladie

a suivi la même évolution. Les attaques ont diminué progressivement de nombre. Les accès d'agitation qui leur étaient liés ont suivi la même marche décroissante. Quand les attaques ont cessé sous l'influence du traitement les accès ont disparu aussi. Des cas à peu près semblables et qui ne diffèrent que par le mode de guérison ont été déjà publiés. Un auteur allemand Weidemester (1873) a rapporté l'observation d'une jeune fille de 19 ans dont le père était épileptique et qui était sujette depuis l'âge de 14 ans à des attaques d'épilepsie presque quotidiennes. Ces attaques qui avaient entraîné une lypémanie avec stupeur cessèrent quand apparurent les premières menstrues. La disparition des attaques fut bientôt suivie de celle des troubles psychiques. Un autre auteur allemand Coveos (1900) a cité le cas d'un enfant de 10 ans qui présentait depuis l'âge de 6 ans des attaques d'épilepsie qui semblaient avoir arrêté le développement de son intelligence. A la suite d'une atteinte de grippe, les attaques disparurent et son intelligence se développa normalement.

Mais si, dans la plupart des cas, la guérison ne peut être attribuée qu'à l'influence du traitement, dans 6 cas nous la trouvons réalisée par une cause particulière.

Dans 2 cas, l'un de lypémanie, l'autre de folie psycho-sensorielle à direction de persécution, c'est la ménopause qui entraîne d'abord l'amélioration et ensuite la guérison de la maladie.

Dans 1 cas de manie avec accidents choréiques, l'amélioration qui aboutit à la guérison se produit quand le malade termine sa crise pubérale.

Dans deux cas de folie à double forme, c'est une maladie physique (choléra et diarrhée fébrile) qui provoqua une amélioration suivie de guérison. Mais remar-

quons que dans le cas où il y avait eu une atteinte de choléra, il y avait eu aussi une commotion morale provoquée par la réception d'une lettre. Il est par conséquent difficile de savoir si c'est à la maladie physique ou au choc moral que la guérison doit être attribuée.

Dans un cas de folie psycho-sensorielle, c'est un traitement comportant une plus grande somme de liberté qui influence heureusement la guérison.

Le rôle de ces diverses causes dans les guérisons tardives a déjà été mis en évidence par plusieurs auteurs.

L'influence exercée par le passage de l'enfance à l'état adulte sur les guérisons à plus ou moins longue échéance, a été depuis longtemps mis en lumière par M. le professeur Mairet.

La ménopause a été souvent citée (Esquirol, Griesinger, Krafft-Ebing, Francesco, Campbell, Kreuser, Petrën).

La pleurite tuberculeuse (Marandon de Montyel), l'érysipèle (Thore), le phlegmon (Azémar), le typhus abdominal (Paris, Krafft-Ebing, Kelp), les abcès ganglionnaires (Jacobi), l'hémoptysie (Campbell), la dysenterie (Ventra), les cardiopathies (Gucci), la variole (Allenberg), l'influenza (Coveos), ont été signalés comme causes des guérisons tardives.

L'émotion, les chagrins sont mentionnés comme les facteurs de la guérison dans les observations publiées par Scheffer, Antigono et Francesco.

L'attribution d'une liberté plus grande et le travail en plein air ont été très souvent considérés comme exerçant une grande influence sur la guérison (Kreuser, Bortels, Ventra, Francis, Petrën, Freyberg). Dans le cas rapporté par Keay comme délire chronique de Magnan, les idées de persécution et les hallucinations auraient disparu

quand on aurait permis au malade d'exercer son métier. Rappelons que Chatelain a préconisé avec insistance la sortie d'essai pour les chroniques tranquilles et inoffensifs, en soutenant que le retour à la vie ordinaire sauvait ces malades de la démence et entraînait parfois leur guérison. Rappelons aussi que Kowalesky a déclaré avoir obtenu plusieurs cas de guérison de la démence en soumettant ses malades aux travaux grossiers des champs.

D'autres causes encore ont été invoquées comme facteurs de guérison tardive : citons la disparition d'une maladie physique (Keil, Browne, Chatelain), les traumatismes accidentels ou opératoires (Hildesheim, Labruyère, Kreuser).

Durée

Lypémanies.

Obs. I. — 20 ans.
Obs. II. — 17 ans.
Obs. V. — 12 ans.
Obs. XII. — 8 ans.
Obs. XIII. — 7 ans.
Obs. XXII. — 4 ans.

Folies à double forme.

Obs. III. — 15 ans.
Obs. IV. — 12 ans.
Obs. Vi. — 11 ans 1/2.
Obs. X. — 8 ans 1/2.
Obs. XI. — 8 ans 1/2.

Manies.

Obs. IX. — 9 ans.
Obs. XIV. — 6 ans 1/2.
Obs. XV. — 6 ans.
Obs. XVII. — 5 ans 1/2.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — 5 ans.
Obs. XX. — 4 ans.
Obs. XXI. — 4 ans.

Folies psycho-sensorielles.

Obs. VII. — 10 ans 1/2.
Obs. XVI. — 6 ans.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — 10 ans.
Obs. XVIII. — 5 ans.

La durée de la maladie s'est donc étendue dans les cas extrêmes entre 4 et 20 ans.

Elle porte :

Entre 4 et 8 ans dans 10 cas.
Entre 8 et 12 ans dans 8 cas.
Entre 12 et 16 ans dans 2 cas.
Entre 16 et 20 ans dans 2 cas.

Nous voyons que dans 18 cas (plus des 3/4) la durée a été comprise entre 4 et 12 ans. Pour les 4 autres, elle a été respectivement de 12, 15, 17 et 20 ans.

Nous remarquons aussi que, tandis que pour la lypé-

manie, la folie à double forme, le délire épileptique et les délires de persécution, la durée de la maladie a été différente pour chaque cas, dans la manie, 3 fois sur 4, la maladie a duré 6 ans environ, et dans la folie névro-alcoolique les 3 cas ont eu une durée à peu près égale. Peut-être ne faut-il voir là qu'une simple coïncidence? Sans vouloir en tirer conclusion, le fait nous a cependant paru digne d'attention.

Ajoutons que dans la plupart des observations de guérisons tardives publiées, on retrouve cette durée moyenne entre 4 et 12 ans. Mais signalons que des guérisons ont été observées au bout de 34 ans (Savage), au bout de 31 ans 1/2, (Kreuser), au bout de 25 ans 1/2.

Valeur diagnostique des guérisons tardives

	Etat mental habituel	*Etat mental à la sortie*
Lypémanies.		
Obs. I. —	Vie irrégulière. Détenue.	Raisonnable.
Obs. II. —	Détenue.	—
Obs. XIII. —	Détenue.	—
Obs. XXII. —	Normale.	Retour à l'état normal.
Obs. XII. —	Taciturne.	—
Obs. V. —	Normal.	Sentiment de tristesse un peu exagéré.

Folie à double forme.

Obs. IV. —	Emotive.	Retour à l'état normal.
Obs. III. —	—	—
Obs. V. —	Crédule et faible	—
Obs. X. —	Vie irrégulière.	Raisonnable.
Obs. XI. —	Faible et dévot.	Légeraffaiblissement intellectuel et légère motivité.

Manies.

Obs. IX. —	Instable et irritable.	Retour à l'état normal.
Obs. XIV. —	Emotion.	—
Obs. XV. —	Impressionnable.	Retourcomplet à la normale.
Obs. XVII. —	Normal.	Excitable et taquin.

Folie névro-alcoolique.

Obs. XIX. —	Vif.	Retour à la normale.
Obs. XXI. —	Instable	—
Obs. XX. —	Emporté et orgueilleux.	Retourcomplet à la normale.

Folies psycho-sensorielles.

Obs. . —		Raisonnable.
Obs. XVII. —	Emotive.	Tendance au supernaturalisme.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. —	Emporté.	Très léger degré d'affaiblissement intellectuel.
Obs. XVIII. —	Caractères défectueux.	Retour à l'état normal.

Nous voyons que tous ces malades, sauf 3, présentaient des prédispositions morbides. Nous avons d'ailleurs déjà observé que presque tous étaient des héréditaires.

Néanmoins, nous constatons que 17 d'entre eux (les 3/4 environ) sont revenus à leur état normal. Nous ne trouvons une guérison défectueuse que dans 5 cas. Ce défaut consiste dans 2 cas en un léger degré d'affaiblissement intellectuel, et dans 3 cas, en diverses anomalies psychiques (sentiment de tristesse exagéré, excitabilité, crédulité superstitieuse).

Les guérisons complètes l'emportent donc et de beaucoup sur les guérisons incomplètes. Remarquons en outre que, dans 2 cas seulement, nous avons pu noter de l'affaiblissement intellectuel, alors que Luys et Rousseau ont affirmé énergiquement, comme on le sait, que tous les cas de guérisons incomplètes ; s'accompagnent toujours d'un certain degré de démence.

Valeur pronostique des guérisons tardives

Durée pendant laquelle s'est maintenue la guérison

Lypémanies.

Obs. I. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 8 ans.

Obs. II. — —

Obs. XIII. — Guérison se maintenant 10 ans après la sortie.

Obs. V. — Cette malade n'est sortie que depuis 2 mois.

Obs. XII. — La guérison s'est maintenue jusqu'à la mort survenue au bout de 2 ans.

Obs. XXII. — Intermission de 13 ans (a présenté un peu de dépression avant de mourir.)

Folies à double forme.

Obs. III. — Guérison se maintenant depuis 17 ans.

Obs. IV. — Guérison se maintenant depuis 16 ans.

Obs. XI. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 2 ans.

Obs. X. — Guérison se maintenant 9 ans après la la sortie,

Obs. VI. — Intermission de 25 ans (est retourné à l'asile.)

Manies.

Obs. IX. — Guérison se maintenant 10 ans après la sortie.

Obs. XIV. — Intermission de 9 ans (est retourné à l'asile.

Obs. XV. — Intermission de 10 ans (est retourné à l'asile.

Obs. XVII. — Guérison se maintenant 20 ans après la sortie.

Folies névro-alcooliques.

Obs. XIX. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue 2 ans après la sortie.

Obs. XX. — Guérison se maintenant 8 ans après la sortie.

Obs. XXI. — Guérison se maintenant 7 ans après la sortie.

Folies psycho-sensorielles.

Obs. VII. — Guérison se maintenant depuis 11 ans environ.

Obs. XVI. — Guérison se maintenant depuis 6 ans.

Délires épileptiques.

Obs. VIII. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 3 ans.

Obs. XVIII. — Guérison se maintenant jusqu'à la mort survenue au bout de 14 ans.

Beaucoup de ces malades guéris tardivement, ont été perdus de vue au bout d'un certain temps. Il s'ensuit qu'il est très difficile de voir si ces guérisons ont été ou

non définitives. Remarquons cependant que les 3 malades qui sont retournés à l'asile étaient des intermittents, qui y avaient déjà fait un ou deux séjours. Cette constatation nous inviterait à penser que, dans les cas où il existe un accès antérieur, le pronostic serait moins favorable. Il est intéressant toutefois de noter qu'une de ces intermissions a duré 25 ans, permettant au malade de se marier et d'élever une famille.

Nous devons de même reconnaître que nos renseignements, pris à différentes sources, ne nous permettent pas de dire si celles des guérisons reconnues complètes à la sortie se sont maintenues telles ; quoiqu'il en soit il est certain que tous ces malades ont pu reprendre leur place au sein de la société, et s'acquitter convenablement de leurs fonctions habituelles.

Quelle a été la durée moyenne pendant laquelle se sont maintenues ces guérisons ? Nous ne pouvons pas, faute encore de renseignements suffisants, l'établir d'une façon précise. D'après les chiffres ci-dessus, cette durée moyenne semble avoir été de 10 ans environ.

Conclusions

Cette étude des guérisons tardives en elles-mêmes nous apprend, d'une part, que 1 fois et demi sur 100 environ, une aliénation mentale à délire généralisé, représentée dans les 2/3 des cas par une lypémanie, une folie à double forme ou une manie et, dans l'autre tiers, par une folie névro-alcoolique, une folie psycho-sensorielle à direction de persécution ou un délire épileptique,

peut guérir après une durée moyenne variant entre 4 et 12 ans sous l'influence soit, le plus souvent, du traitement, soit parfois d'une cause d'ordre physiologique, pathologique ou psychique. Cette guérison complète à la sortie dans le plus grand nombre des cas, peut se maintenir telle ou presque telle pendant 10 ans ou plus.

Cette même étude nous apprend, d'autre part, que les aliénations mentales susceptibles de fournir les guérisons tardives :

< frappent indifféremment les 2 sexes sauf la forme lypémaniaque, maniaque et les doubles formes qui s'adressent plus volontiers aux femmes, comme d'habitude ;

< qu'elles peuvent apparaître à toutes les périodes où éclosent habituellement les troubles mentaux, sauf les formes lypémaniaques qui se déclarent à un âge assez avancé ;

< qu'elles s'observent presque toujours chez des héréditaires ;

< qu'elles se rencontrent (formes lypémaniaque, maniaque, double forme) aussi fréquemment chez des intermittents que chez des individus qui n'avaient présenté jusqu'alors aucun accès de folie ;

< qu'elles reconnaissent comme causes occasionnelles des causes variables, mais les plus habituelles des psychopathies ;

< qu'elles ont un développement tantôt lent, tantôt rapide ;

< qu'elles peuvent revêtir, dans chaque forme, des types cliniques différents.

Ces aliénations mentales n'ont donc pas de physionomie particulière. Si nous faisons abstraction, en effet, parce qu'il est trop isolé, du caractère propre aux formes

lypémaniaques de n'apparaître qu'à un âge assez avancé, nous ne trouvons qu'un seul caractère de commun à toutes ces aliénations, celui de s'observer toujours chez des héréditaires. Or l'hérédité est plutôt un signe d'incurabilité.

Que conclure de toute cette étude ?

C'est qu'étant donnée une de ces aliénations mentales précitées, durant depuis 3 ans au moins :

1° On n'est pas autorisé à la déclarer incurable puisqu'elle est susceptible de guérir dans la proportion de 1 fois et demie sur 100 ;

2° On n'est pas autorisé non plus à la déclarer curable, les seuls signes que cette étude nous ait montré comme particuliers à ces aliénations étant l'hérédité et la longue durée qui sont des facteurs d'incurabilité.

LES GUÉRISONS TARDIVES ÉTUDIÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE DIVORCE

En novembre 1910, M. Maurice Colin, député, aujourd'hui sénateur, et M. Maurice Viollettes, député, ont déposé l'un et l'autre sur les bureaux de la Chambre et à quelques jours d'intervalle, un projet de loi tendant à faire de l'aliénation mentale une cause de divorce.

La proposition Viollettes est ainsi rédigée :

« *Article 289. — L'aliénation mentale sera également une cause péremptoire de divorce, lorsque l'internement du conjoint aliéné aura eu une durée ininterrompue d'au moins 3 ans.*

» *L'époux qui allèguera cette cause de divorce devra, à trois reprises différentes et à un intervalle d'au moins un an, présenter requête au président du Tribunal pour obtenir nomination de deux médecins qui auront mission de dire si le malade doit ou ne doit pas être considéré comme incurable.*

» *Le même médecin ne pourra pas être commis deux fois. L'assignation en divorce devra viser ces trois expertises. Le divorce ne pourra être prononcé que si ces expertises concluent toutes les trois qu'il n'y a aucun espoir de guérison. Les dépens seront toujours à la charge de l'époux demandeur.* »

La proposition Colin est la suivante :

« *Article 233.— Quand depuis 3 ans au moins l'un des époux aura dû être colloqué et maintenu dans un Asile public ou privé d'aliénés, l'autre époux pourra toujours demander le divorce pour cause d'aliénation mentale, sauf à établir que celle-ci est incurable.* »

L'article 301 du Code civil est complété par un deuxième alinéa ainsi conçu :

« *En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Toutefois, au point de vue alimentaire, le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce sera soumis aux obligations dont il serait tenu, si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes visées par les articles 229 à 332 du Code civil.* »

Supposons l'une ou l'autre de ces lois votée ou appliquée. On nous demande de dire si tel malade, interné depuis 3 ans et contre lequel une action en divorce est intentée, doit ou ne doit pas être considéré comme incurable.

Si le malade est atteint d'une de ces aliénations mentales à délire généralisé que nous avons vues susceptibles de fournir des guérisons tardives, il nous sera très difficile de donner, sans risquer de nous tromper, une réponse affirmative ou négative. La chance rare d'être du nombre de ceux qui guérissent tardivement peut être réservée à ce malade, alors même que pèseraient sur lui de lourdes menaces d'incurabilité.

Si le malade est atteint d'une aliénation mentale à délire systématisé ou bien d'une aliénation mentale par

lésion organique, nous serions en droit de le considérer comme incurable, si nous ne tenions compte que de notre étude personnelle. En effet, nous n'avons rencontré une guérison tardive dans aucune de ces aliénations. Mais si nous en croyons les auteurs qui en ont rapporté dans la démence précoce (que Kraepelin lui-même à l'heure actuelle ne considère pas comme toujours incurable) et dans les délires systématisés, nous voyons que les seuls cas où nous pourrions affirmer l'incurabilité seraient ceux qui se rapporteraient à la paralysie générale et à la démence sénile.

Or ces cas sont précisément ceux pour lesquels la question du divorce se posera le plus rarement. L'évolution rapide de la paralysie générale rend promptement la liberté au conjoint. La démence sénile frappe à un âge où l'autre conjoint ne peut guère songer à briser le lien conjugal. D'ailleurs, l'auteur d'une des propositions de loi, M. Viollettes lui-même, considérant qu'il serait désastreux que la démence sénile pût devenir un cas de divorce, souhaiterait de ne pas la voir figurer au nombre des aliénations mentales visées par son projet.

Par conséquent, la question de l'incurabilité ainsi posée, restera dans la majorité des cas sans réponse catégorique de notre part. En nous défendant même du sentiment bien naturel qui nous pousse à sauvegarder les intérêts de notre malade, nous serons obligé scientifiquement, d'entourer notre réponse de restrictions telles, qu'elle équivaudra à dire que le malade doit ou ne doit pas être considéré comme incurable. La religion du juge n'en sera nullement éclairée.

Cette difficulté de pouvoir affirmer l'incurabilité de la plupart des aliénations mentales crée donc un réel obstacle à une loi qui, comme celle de M. Viollettes et de

M. Colin, serait uniquement basée sur la certification de l'incurabilité. Une telle loi qui ne serait applicable que dans un nombre excessivement restreint de cas serait une loi virtuelle sans effets.

On nous objectera que semblable disposition législative existe dans nombre de pays étrangers et fonctionne à la satisfaction de tous, au Portugal, en Suède, en Suisse. Oui, mais quel est le fait rapporté par M. Ladame de Genève, quand on l'a interrogé sur les conséquences de la loi Suisse, relative au divorce? Ce fait observé par lui-même est le suivant : « Une femme était internée depuis sept ans dans une maison de santé pour un accès de manie qui passait à l'état chronique. M. Ladame refusait une déclaration d'incurabilité que le mari obtint d'autre part pour demander le divorce. Les tribunaux le lui accordèrent. Cependant, quelque temps après, la malade sortait guérie de l'hôpital et son mari fut tout heureux de la reprendre à son foyer où il y avait des enfants qui n'étaient pas encore élevés. Elle mourut bien des années plus tard, n'ayant jamais eu de récidive. »

M. Trenel, dans son rapport sur la législation allemande relative au divorce, a déclaré que deux malades, contre lesquels le divorce avait été prononcé pendant leur séjour à l'asile, sont ensuite sortis guéris.

Pour éviter une pareille erreur qui, dans l'avenir, pourrait être pour nous une source non seulement d'ennuis professionnels, mais de regrets, il est à prévoir que nous nous retrancherons derrière le prétexte des guérisons tardives dans tous les cas (et ces cas seront les plus nombreux) où nous pourrons le faire. Ce qui nous ramène à dire que les lois proposées courent de grands risques de n'avoir pas d'application pratique.

*
* *

Mais si au lieu de proposer cette formule : « Ce malade doit-il ou ne doit-il pas être *considéré* comme incurable ? », le législateur adoptait celle qui est inscrite dans l'ordonnance du 3 juillet 1907, de la Principauté de Monaco : « Lorsqu'un des époux sera atteint d'aliénation mentale, le divorce pourra être demandé par l'autre époux, si la maladie est *présumée* incurable », la question se trouverait simplifiée. Ce texte qui fait la part de l'erreur possible, autorise, en quelque sorte, le médecin à se tromper. La notion des guérisons tardives ne s'opposerait pas à la présomption de l'incurabilité. Elle est même impliquée dans ce texte.

En effet, si notre étude est ce qu'elle devrait être, il s'ensuivrait que les aliénations mentales dans lesquelles se rencontrent les guérisons tardives ne se différencient, par aucune particularité clinique, des mêmes formes d'aliénation mentales destinées à ne pas guérir. Dans ces conditions, devant une maladie qui ne présenterait que des signes d'incurabilité, sans la considérer incurable, nous ne craindrions pas de la présumer telle, autant qu'il est humainement possible de le faire.

Cette disposition législative aurait, sur la précédente, le double avantage d'être applicable dans un plus grand nombre de cas et de mettre à l'aise le médecin pour la délivrance des certificats demandés. Mais, en réalité, pas plus que la première, elle ne résoudrait la question d'une façon satisfaisante. Tel malade présumé incurable peut guérir un jour. On nous répondra que ces cas sont rares et qu'on ne doit pas légiférer sur des raretés. C'est entendu, mais il n'en est pas moins

vrai que cette disposition législative donnerait lieu à des erreurs qui, ne l'oublions pas, seraient très souvent irréparables.

*
* *

La notion des guérisons tardives empêche donc de donner au problème du divorce pour cause d'aliénation mentale incurable une solution positive qui soit satisfaisante. C'est d'ailleurs en leur nom qu'a été repoussé déjà, en 1884, l'amendement Guillot qui tendait aux mêmes fins que les propositions Viollettes et Colin. Si Luys se fit a cette époque le défenseur éloquent de cet amendement, c'est parce qu'il niait la réalité des guérisons tardives. Aujourd'hui leur existence est unanimement admise ; aussi les partisans les plus absolus du divorce, comprenant qu'il faut renoncer à l'affirmation catégorique de l'incurabilité, cherchent-ils ailleurs l'argument fondamental de leur thèse.

Cet argument, ils le trouvent dans les dispositions de la loi allemande basée sur « la disparition de la communauté mentale » ou dans les dispositions de la loi suisse fondée aussi sur « l'impossibilité de la vie en commun ». Mais que doit-on entendre exactement par disparition de la communauté mentale? Pour les allemands elle consiste « dans l'abolition de la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs nés du mariage, d'échanger des pensées raisonnables avec l'autre époux, et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés. » Si cette conception prévalait en France, il est certain que dans un grand nombre de cas le médecin pourrait affirmer la disparition de la communauté mentale ou l'impossibilité de la vie en commun. Mais son affirmation n'aurait

qu'une valeur temporaire. La communauté mentale momentanément absente peut reparaître dans un avenir plus ou moins lointain.

Une telle disposition entraînerait donc la possibilité du divorce dans presque tous les cas d'aliénation mentale. Les Allemands et les Suisses l'ont si bien compris que les premiers ont exigé « que toute perspective de rétablissement de la communauté mentale soit exclue » et les seconds « que la maladie ait été reconnue incurable, à dire d'expert ». La question d'incurabilité se poserait donc à nouveau. Le problème reste entier.

*
* *

Partant des guérisons tardives, nous devions les examiner dans leurs rapports avec le divorce. Notre tâche se trouve terminée.

Mais nous ne voudrions pas abandonner un problème aussi captivant, sans discuter le principe même du divorce pour cause d'aliénation mentale.

Nous n'avons pas à rechercher si le divorce est une institution heureuse ou néfaste. Profondément entré dans nos mœurs, il existe dans presque tous les pays. On ne peut que discuter sur ses applications présentes et possibles.

Doit-on l'accorder pour cause d'aliénation mentale?

Dès qu'on se pose cette question, se présente à l'esprit cette image troublante d'un malade qu'on abandonne au moment même où il a le plus besoin de soins et d'affection.

Mais, nous objectera-t-on, la folie est une maladie d'une nature spéciale qui, non seulement, « transforme

la personnalité, mais encore la fait évanouir ». L'aliéné est un « mort vivant ».

Malheureusement, cette objection se trouve trop souvent réalisée.

Mais qu'elle soit ou non de nature spéciale, l'aliénation mentale est une maladie et, comme telle, elle fait partie des risques du mariage. Et quand on viendra nous dire « oui, moi époux j'ai accepté par le mariage les risques de la maladie, même incurable, mais à la condition que l'être auquel je prodigue mes soins, ce soit encore mon mari ou ma femme, » nous pourrons répondre « non, vous n'avez pas accepté ces risques de maladie, car vous auriez accepté que, par suite de maladie, votre mari cesse d'être votre mari, et votre femme cesse d'être votre femme. »

Si la maladie, parce que peut-être incurable, devient une cause de divorce, c'en est fait du mariage.

Et d'ailleurs, cette pensée du divorce pour cause de maladie répugne tant aux intéressés eux-mêmes, que dans les pays où l'aliénation mentale compte parmi les causes de divorce, rares sont les époux sains qui consentent à bénéficier des facilités que leur offre la loi.

« En 1908, il y a eu en Suède, dit Olof Kinberg, 506 cas de divorce, et parmi eux 12 pour cause d'aliénation mentale. » En Suisse, d'après la statistique du docteur Guillaume, pendant 19 années il y a eu 217 cas pour 11.685 divorces, soit le 1,8 p. 100. En Prusse, Krafft-Ebing indique que de 1881 à 1894, le divorce pour aliénation mentale figure pour 0,5 des cas pour l'homme et 1,3 pour la femme. Knecht, de Colditz, en Saxe, a enregistré sur 170 entrées de malades hommes, 6 à 8 demandes de divorce. Mendel, à Berlin, en 1882, indique 4 divorces pour maladies mentales sur 905, et en 1883,

6 sur 996. Dans le Grand-Duché de Bade, sur 207 divorces, 3,6 pour folie. Ces chiffres sont la meilleure condamnation du divorce pour cause d'aliénation mentale.

*
* *

Mais si, à notre avis, on doit considérer l'aliéné comme un malade et le traiter comme tel, il est une catégorie de limitrophes de la folie que les Asiles refusent, et qui, cependant, rendent la vie intolérable à leurs épouses et à leurs enfants : tels les invalides moraux, les délirants jaloux, les individus à tendances interprétatives ou processives, certains alcooliques et même des aliénés, en dehors des crises qui nécessitent leur internement, en dehors, par conséquent, de leur aliénation mentale. Ces individus, inaptes à la vie conjugale, profitent souvent de l'excuse que leur vaut leur folie plus apparente que réelle pour échapper à la loi commune. Les tribunaux cependant commencent timidement à les frapper en employant toutes sortes de détours. La Cour de Bordeaux, sur un rapport médico-légal du professeur Régis, a prononcé le divorce contre un mari jaloux, qui avait été interné, en considérant dans ses attendus qu'il aurait pu résister à son idée fixe et réfréner sa passion jalouse, passion de laquelle résultaient les injures à lui reprochées par sa femme. Dernièrement, le tribunal civil de la Seine (4e chambre), a prononcé le divorce contre un mari qui, sorti de l'Asile, publiait dans les journaux des articles outrageants pour sa femme. Le tribunal a estimé que X... étant guéri, ne pouvait être considéré comme aliéné.

Il serait à souhaiter que contre de tels individus, le juge fut mieux armé et pût les frapper franchement.

Il est un cas, cependant, ou même la maladie nous paraît devoir être une cause de divorce, c'est quand, préexistante au mariage, elle a été dissimulée à l'autre conjoint.

Il existe déjà deux jugements dans lesquels le divorce a été prononcé contre un époux atteint de maladie mentale (dans 1 cas épilepsie), parce que l'affection était antérieure au mariage et avait été dissimulée au moment de sa conclusion, ce qui constituait d'après le tribunal une injure grave.

Ici encore il serait à désirer que la loi n'eût pas à recourir à des artifices de procédure et pût s'exercer librement.

Hormis ce cas, la folie ne doit pas, à notre avis, être considérée comme une cause de divorce.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 juillet 1913.
Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ANTIGONO E FRANCESCO. — Alcuni casi di pazzia guariti in modo rapid. Archivio Italiano, 1886.

ARNAUD. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

ARNDT. — Zur Analyse des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen. Centrabl. f. Nervh. u. Psych., 15. Okt. 1905.

AZÉMAR. — Deux cas de manie, guéris à la suite d'une infection grave. Annales Médico-Psych., 1901.

BACON.— Guérison après 3 ans environ d'un accès de manie (Journ. of mental science, 1882 ; Annales médico-psych., 1885).

BAILLARGER. — De la guérison de la paralysie générale (Annales médico-psych., 1887).

BALLET — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

BARTELS. — Zwei bemerkenswerte Fälle von Paranioa. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 50, H. 5, 1894.

BECHTEREW. — Uber halluzinatorisches Irresein bei Affektionen des Gehörorgans. Monastschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 14, 1003.

BLANCHE.— La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce ? Annales Médico-Psych.. 1862. II.

BRIAND. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

Browne. — A Case of Insanity with Hallucinations of Hearing, of seven Years Standing, Depending on Disease of the middle Ear : Cure. The British Medical Journal, 13 Mai 1882.

Buchholz. — Ueber die chronische Paranoia bei epileptisehen Individuen, 1805.

Calmettes. — 7 observations de malades guéris après un séjour à l'asile variant entre 5 et 14 ans (Annales médico-psych., 1912).

Campbell. — On three Cases of Recovery after a lengthened Duration of Insanity, with Remarks. American Journal of Insanity, July 1888.

— On three Cases of Roeovery after a lengthened Curation of Insanity, with Remarks. American Journal of Insanity, April 1894.

Camuset. – Diseussion sur le Délire chronique. Annales Médico-Psych.. 1888, I.

Chatelain. — Des guérisons tardives. Annales Médico-Psych., 1896, I.

Christian. — Discussion sur le Délire chronique. Annales Médico-Psych., 1887, II.

Clarke. — Three clinical Cases. American Journal of Insanity. April 1892.

Crombie. — Recovery from Insanity of ten Years Duration. The Journal of Mental Science, October 1878.

Colin. — Proposition de loi tendant à faire de l'aliénation mentale une cause de divorce (Annexe au procès-verbal de la séanee de la Chambre des députés du 17 novembre 1910).

Coveos. — Mehrjährige Epilepsie und Idiotismus völlig geheilt nach einem Anfall schwerer Influenza. Allg. Wiener mediz. Zeitung, 21. August 1900.

Coy. — Report of a Case of Melancholia followed by Stupor lasting three Years and eight Months; Recovery. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1901.

Dagonet. — Traité des maladies mentales, 1894.

Dally. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1882).

De Clérambault. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

DELASIAUVE. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1882).

DEVENTER. — Een geval van paranoia persecutoria na een tijdperk na een tijdperk van vijftien jaren genezen ten gevolge van het verblijf in een krankzinningengesticht. Psychiatr. Bladen, 1896.

DUPRÉ. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

ELZHOLZ. — Akute Psychose, geheilt nach Jahren. Wiener med. Wochenschr., N:r 39, 1896.

EPSTEIN. — Uber die Kriterien der Heilung von Geistesstörungen. Wiener klin. Rundschau, N:r 42 u. 44, 1900.

ESQUIROL. — Des maladies mentales, Tome I (P. 94—95), 1838.

FALK. — Heilung langjähriger Geisteskrankheit. Neurol. Centralbl., N:r 13. 1883.

FALRET. — Discussion sur le Délire chronique. Annales Médico-Psych., 1887, I.

FAUSER. — Zur Kenntnis der Melancholie. Centralbl. f. Nervenh. u. Psych., 16 Novemb. 1905.

FLETCHER. — Three Cases af Insanity treated by Removal of Depressed Bone. American Journal of Insanity, April 1886.

FRANCIS. — Two Cases of Recovery from Chronic Insanity. The Journal of Mental Science, January 1887.

FREYBERG. — Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, H. 1, 1901.

GADELIUS. — Värden af sinnessjuka förr och nu, 1900.

GRAUX (Lucien). — Divorce des aliénés, 1913.

GUILLOT. — Amendement tendant à faire du divorce une cause d'aliénation mentale (Proposition Naquet relative au rétablissement du divorce, 1882).

— Ett ovanligt fall af stupor med nära 9-arig oafbruten tvangsmatning — uppvaknande — total amnesi — helsa. Hygiæa, 1894.

— Om tvangstankar och därmed besläktade fenomen, 1895.

GIRAUD. — Contribution à l'étude des guérisons tardives. Annales Médico-psych., 1883, I.

GRIESINGER. — Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, II, Aufl., 1861.

Gucci. — La guarigione della pazzia cronica. Le Sperimentale, 1888.

Guder. — Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen, 1876.

Guislain. — Leçons orales sur les Phrénopathies, t. II (p. 265-6), 1852.

Hansen. — Ueber die Prognose der psychischen Störungen. Irrenfreund, 1886.

Heilbronner.— Ueber Krankheitseinsicht. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, H. 4, 1901.

Hess. — Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychose. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, H. 4, 1905.

Hoffer. — Die klinische Stellung der einfachen Melancholie. Inaug.-Diss., 1904.

Hotchis. — A Case of Mental Stupor. Recovery after six Years Duration. The Journal of Mental Science, July 1896.

Hurd. — The Data of Recovery from Insanity. American Journal of Insanity, October 1886.

Ilberg. — Die Prognose der Geisteskrankheiten, 1901.

Jacobi. — Arztlicher Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstad zu Siegburg. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 4, H. 3, 1847.

Keay. — A Case of Delusional Insanity. The Journal of Mental Science, April 1891.

Kelp. — Seltene Genesungsfälle. Correspondenzbl. der deutschen Gesellsch. f. Psych., Bd. 11, 1864.

Kinberg. — Strödda anteckningar och reflexioner frän en studieresa i Frankrike och Tyskland. Hygiea, Oktober 1906.

Kirn. — Die Psychosen in der Strafanstalt. Allg. Zeitschr. f. Psych, Bd. 45, H. 1, 1889.

Kleve. — Ueber alkoholische Pseudo-Paralyse. Allg. Zeitschr. f, Psych., Bd, 52, H. 3, 1896.

Knecht. — Ueber die Prognose bei Geisteskrankheiteyn. Irrenfreund, 1889.

Kölpin. — Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Archiv f. Psych., Bd. 39, H. 1, 1904.

Kowalewski. — Sur la curabilité de la démence (Annales médico-psych., 1886).

Krafft-Ebing. — Lehrbuch der Psychiatrie. IV. Aufl., 1890.

KRÆPELIN. — Psychiatrie, VII. Aufl., 1903-1904.

— Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Centralbl. f. Nervenh. u. Psych., 1. August 1905.

— Zur Diagnose u. Prognose der Dementia præcox. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56. H. 1-2. 1899.

KREUSER. — Spätgenesungen bei Geisteskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 57, H. 6, 1900.

LABRUYÈRE. — Guérison d'une maladie à la suite de lésions physiques graves. Annales Médico-Psych., 1849.

LADAME. — Le divorce pour cause d'aliénation mentale en Suisse (Annales médico-psych., 1912).

LEGRAIN. — Guérison tardives (séance du 20 oct. de la S. M. P., 1900 ; Ann. M. P., 1901).

LEROY. — Rémission très complète survenue chez un dément précoce (?) au bout de six années (Annales médico-psych., 1912).

LEWALD. — Genesung von Paranoia nach 8-jähriger Dauer. Irrenfreund, 1894.

LUYS. — Des guérisons tardives dans la folie. L'Encéphale, v. 3, 1883.

LUYS. — La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce ? (Encéphale, 1882).

— Folie et divorce (Annales médico-pysch., 1911).

— Quelques documents sur la question «Aliénation et divorce» (Annales médico-psych., 1911).

LWOLF. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Anna- médico-psych., 1911).

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893.

MAIRET. — Folie de la puberté. Leçons cliniques (Annales médico-psych., 1888-1889).

MAIRET et EUZIÈRE. — Les invalides moraux, 1910.

MARANDON DE MONTYEL. — Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale. Archives de Neurologie, 1884, II.

— Congrès de la Société Médico-psychol. italienne : XXXII Sulle guarigini tardive dell' alienazione mentale. L'Encéphale, v. 5, 1885.

MARRO. — Caso di melancolia antica. Annali di Frenetria, Bd. 2, 1891.

MEYER (E.). — Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. mediz. Wochenschr., N : r 32, 1903.

MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860.

MÖNKERMÖLLER. — Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, H. 4, 1905.

NASSE. — Die Entscheidung über die Unheilbarkeit eines Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 3, H. 4, 1846.

NEIL. — Three Cases of Recovery from Melancholia after unusually long Periods. The Journal of Mental Science, Jan. 1895.

PARIS. — Guérison d'un délire chronique systématisé non lié à de la dégénérescence. Archives de neurologie, 1898, II.

PÉTREN.— Uber Spätheilung von Psychosen. Eine monographische studie, 1908.

PICK. — Ueber Anderungen des cirkulärenIrreseins. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 51, 1899.

(PIEPER). — Genesung nach Pocken. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 37, H. 6, 1880,

— Ueberraschende Genesung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 38, H. 1, 1881.

PIERRON. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

PILCZ. — Die periodischen Geistesstörungen, 1901.

POPE. — Recovery from chronic Insanity. The Journal of Mental Science, January 1889.

PÖTZL. — Bericht über die Sitzung von 14. Juni 1904 des Vereins f. Psych. u. Neurol. in Wien. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 52, 1904.

RAAB. — Ueber chronischen nach epileptischer Geistestörund Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 36-37, 18882.

RÉGIS. — Déséquilibre mental et divorce. Affaire Par... (Annales médico-psych., 1911).

ROUSSEAU. — Des guérisons tardives. L'Encéphale, v. 2, 1882.

SAVAGE. — Two Cases of Recovery from Insanity, after many Years an Asylum. The Journal of Mental Science, April, 1879.

SCHEFFER. — Melancholie met katatonische verschijnselen na negenjarige duur plotseling genezen. Psych. en Neurol. Bladen, 1899.

SCHMITT. — Tpäthcilung von Psychoscn, 1904.
SCHNIEBER. — Aphorismen, Erfahrungen und Beobachtungen. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 2, H. 4. 1845.
SCHOTT. — Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv. f. Psych., Bd. 36, H. 3, 1902.
SCHÜLE. — Klinische Beiträge zur Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, H. 2-3, 1901.
SIEFERT. — Ueber dic Geistcsstörungen der Strafhaft, 1907.
SIGEL. — Beitrag zur Frage der Spätgenesunh von Psychosen. Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 62, H. 3, 1905.
SIZARET. — Observation d'un cas de guérison après huit ans de séjour à l'asile. Annales Médico-psych., 1883, I.
SKAE. — A case of traumatic Insanity cured by Trephining. The Journal of Mental Science, January, 1874.
SKLIAR. — Ucber Gefängnispsychosen. Monatschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 16, 1904.
SNELL. — Merkwürdige Gencsungsfälle ans der psychiatrischen Praxis. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 13, H. 4. 1856.
STRAHAM. — Recovery from chronic Insanity. The Journal of Mental Science, July 1888.
STROHMAYER. — Zur Klinik, Diagnose u. Prognose der Amentia, 1906.
SUTHERLAND. — The Difficulties of Prognosis in Insanity. Lancet, 2. Febr. 1895.
TALCOT. — Folies traumatiques et guérisons traumatiques (Association des aliénistes des Etats-Unis ; Congrès annuel, 1888. Ann. 1889).
— State Hospitals (Bulletin, 1896).
L'embonpoint dans la guérison et dans la persistance de la folie (Ann. méd. psych.).
TBENEL. — Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande (Annales médico-psych., 1911).
THALBITZER. — Mclancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, H. 5—6, 1905.
THORE. — Etudes sur les maladies incidentes des aliénés. Annales Médico-psych., 1844.
TRÖMMER. — Das Jugendirresein, 1901.

TRUELLE. — Un cas d'amélioration considérable après 14 ans de délire (Annales médico-psych., 1912).

TURNOWSKY. — Frei Fälle von vollständig geheilter Epilepsie. Wiener mediz. Wochenschr., Nr. 35, 1901.

VALLON. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale (Annales médico-psych., 1911).

VENTRA. — Le guarigioni tardive, 1890—1896.

VIOLLETTES. — Article (Gazette médicale, 1er mars 1911).

— Proposition de loi tendant à autoriser le divorce en cas d'aliénation mentale (Annexe au procès-verbal de la séance de la Chambre des députés du 17 novembre 1910).

VOISIN. — Discussion sur le divorce et l'aliénation mentale. Annales Médico-psych., 1882, II.

— Discussion sur la guérison des affections cérébrales anciennes. Annales Médico-psych., 1874, I.

WALKER. — Ueber manische und depressive Psychosen. Archiv. f. Psych., Bd. 42, H. 3, 1907.

WERNICKE. — Grundriss der Psychiatrie, 1900.

WESTPHAL. — Manie, Melancholie, periodische (und zirkuläre) Geistesstörungen. (Binswanger und Siemerlings Lehrbuc), 1904.

WEYGANDT. — Atlas und Grundriss der Psychiatrie, 1902.

WIEDEMEISTER. — Zwei Fälle von geheilter Epilepsie mit Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 29, H. 5, 1872.

WILLET. — Guérison inattendue (Journal of mental science, juillet 1884 ; Arch. de neurologie, 1886).

WILSEY. — Report of a Case of Melancholia, with Stupor of Five Years'Duration. Alienist and Neurologist, April 1886.

WISE. — Recovery of the chronic Insanity. American Journal of Insanity, April 1886.

WOLF. — Weitgehend Besserungen bezw. Genesungen von Geisteskranken. Inaug.-Diss., 1899.

ZIEHEN. — Psychiatrie, II. Aufl., 1902.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
